

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2014

für die Produkte

ASKUMA BasisPlus

ASKUMA OptimumPlus

ASKUMA SorgenfreiPlus

- Stand 01.07.2014 -

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (**AUB**) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden AUB oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1. Grundsatz
- 1.2. Geltungsbereich
- 1.3. Unfallbegriff
- 1.4. Erweiterter Unfallbegriff
- 1.5. Einschränkungen unserer Leistungspflicht

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Unfallrente
- 2.3 Übergangsleistung und Sofortleistung
- 2.4 Tagegeld
- 2.5 Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
- 2.6 Todesfallleistung
- 2.7 Komageld
- 2.8 Unfall-Pflegegeld
- 2.9 Ersatz von Kosten

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie bei unserem Altersgruppentarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- 6.1 Umstellung des Kindertarifs
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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?

- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

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

- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung bei Tod und Invalidität
- 11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung
 - 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
 - 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
 - 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 - 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
 - 13.4 Anfechtung
 - 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 14 Beitragsfreie Versicherung von neu hinzukommenden Familienmitgliedern**
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 15.1 Gesetzliche Verjährung
 - 15.2 Aussetzung der Verjährung
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 18 Welches Recht findet Anwendung?**
- 19 Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle**

Der Versicherungsumfang		
1	Was ist versichert?	
1.1	Grundsatz Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.	
1.2	Geltungsbereich Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags <ul style="list-style-type: none"> • weltweit und • rund um die Uhr. 	1.4.2
1.3	Unfallbegriff Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch <ul style="list-style-type: none"> • ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) • unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. <p>Wir berufen uns nicht auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit, wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.</p>	1.4.3
1.4	Erweiterter Unfallbegriff	
1.4.1	Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung <ul style="list-style-type: none"> • ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt. <i>Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.</i> • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt. <i>Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.</i> Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder 	1.4.4
		<p>noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.</p> <p>Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.</p> <p>In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Als Unfall gilt auch eine Infektion, verursacht durch eine Schutzimpfung gegen Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Fleckfieber, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, spinale Kinderlähmung, Tollwut, Tuberkulose, Tularämie, Typhus, Windpocken, Wundstarrkrampf.</p> <p>Als Unfall gelten auch unfreiwillige Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden (in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus bis zu sieben Tage) lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.</p> <p>Als Unfall gilt auch der unfreiwillig erlittene <ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeitsentzug • Nahrungsentzug • Sauerstoffentzug (Ertrinken, Ersticken) • Wärmeentzug (Erfrierungen sowie der Erfrierungstod) <p>Das gilt nicht, wenn der Flüssigkeits-, Nahrungs-, oder Sauerstoffentzug auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten, Nahrungsmitteln</p> </p>

	oder Sauerstoff verweigert wird.
1.4.5	In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Als Unfall gilt auch der Eintritt von Gesundheitsschäden durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.
1.4.6	Als Unfall gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
1.4.7	Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch die Nicht- oder Falscheinahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme. Dabei werden wir uns auch nicht auf eine Verursachung durch Krankheiten nach Ziffer 3 berufen.
1.5	Einschränkungen unserer Leistungspflicht Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
	Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

	Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.
2.1	Invaliditätsleistung
2.1.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.1.1.1	Invalidität Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt <ul style="list-style-type: none"> • die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit • dauerhaft beeinträchtigt ist. Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn <ul style="list-style-type: none"> • sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und • eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist. <p><i>Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.</i></p>
2.1.1.2	Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität Die Invalidität ist <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb von 12 Monaten (im Produkt ASKUMA OptimumPlus innerhalb von 18 Monaten bzw. im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus innerhalb von 24 Monaten) nach dem Unfall eingetreten und • innerhalb von 15 Monaten (im Produkt ASKUMA OptimumPlus innerhalb von 21 Monaten bzw. im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus innerhalb von 36 Monaten) nach einem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf

Invaliditätsleistung.

2.1.1.3

Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten (im Produkt ASKUMA OptimumPlus innerhalb von 21 Monaten, im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus innerhalb von 36 Monaten) nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4

Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2

Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1

Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20% zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2.

Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1

Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Produkt ASKUMA BasisPlus

- | | |
|--|------|
| • Arm | 70 % |
| • Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| • Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| • Hand | 60 % |
| • Daumen | 25 % |
| • Zeigefinger | 15 % |
| • anderer Finger | 5 % |
| • sämtliche Finger einer Hand | 60 % |
| • Bein über der Mitte des Oberschenkels | 75 % |
| • Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 65 % |
| • Bein bis unterhalb des Knies | 55 % |
| • Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 50 % |
| • Fuß | 50 % |
| • große Zehe | 6 % |
| • andere Zehe | 2 % |
| • Ein Auge | 50 % |

- Ein Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 60 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Gehör auf beiden Ohren 70 %
- Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohrs bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 40 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %
- Stimme 100 %

Produkt ASKUMA OptimumPlus

- Arm 80 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 80 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 80 %
- Hand 80 %
- Daumen 30 %
- Zeigefinger 20 %
- anderer Finger 10 %
- sämtliche Finger einer Hand 80 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis unterhalb des Knies 80 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 80 %
- Fuß 60 %
- große Zehe 15 %
- andere Zehe 5 %
- Ein Auge 60 %
- Ein Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 100 %
- Gehör auf einem Ohr 45 %
- Gehör auf beiden Ohren 90 %
- Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohrs bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 100 %
- Geruchssinn 20 %

- Geschmackssinn 20 %
- Stimme 100 %
- Eine Niere 25 %
- Zwei Nieren 100 %
- Eine Niere, sofern bereits die andere Niere fehlt 100 %
- Milz vor Vollendung des 14. Lebensjahres 10 %
- Gallenblase 20 %
- Magen 10 %
- Zwölffinger-, Dick-, Dün- oder Enddarm 25 %
- Ein Lungenflügel 50 %

Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus

- Arm 100 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 100 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 100 %
- Hand 100 %
- Daumen 60 %
- Zeigefinger 60 %
- anderer Finger 20 %
- sämtliche Finger einer Hand 100 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 100 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 100 %
- Bein bis unterhalb des Knies 100 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 100 %
- Fuß 100 %
- große Zehe 20 %
- andere Zehe 10 %
- Ein Auge 80 %
- Ein Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 100 %
- Gehör auf einem Ohr 80 %
- Gehör auf beiden Ohren 100 %
- Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohrs bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 100 %
- Geruchssinn 25 %

• Geschmackssinn	25 %
• Stimme	100 %
• Eine Niere	25 %
• Zwei Nieren	100 %
• Eine Niere, sofern bereits die andere Niere fehlt	100 %
• Milz	10 %
vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dick-, Dün- oder Enddarm	25 %
• Ein Lungenflügel	50 %
• Leber	50 %
• Bauchspeicheldrüse	35 %

Für alle Produkte gilt:

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

*Beispiel für die Gliedertaxe des Produktes ASKUMA BasisPlus:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7% (= ein Zehntel von 70%).*

- 2.1.2.2.2 **Bemessung außerhalb der Gliedertaxe**
Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

- 2.1.2.2.3 **Minderung bei Vorinvalidität**
Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

*Beispiel für die Gliedertaxe des Produktes ASKUMA BasisPlus:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70%. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7% (=ein Zehntel von 70%). Diese 7% Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63%.*

- 2.1.2.2.4 **Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane**

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

*Beispiel für die Gliedertaxe des Produktes ASKUMA BasisPlus:
Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70%) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (37,5%). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 107,5 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.*

- 2.1.2.3 **Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person**
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad,

mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfallrente

2.2.1 Im Produkt ASKUMA OptimumPlus gilt:

Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.2 Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Beträgt der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 35 %, aber weniger als 50 %, zahlen wir die Unfallrente monatlich in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme.

Beträgt der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 50 %, aber weniger als 90 %, zahlen wir die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Beträgt der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 90 %, zahlen wir die Unfallrente monatlich in der doppelten Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.3. Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

und danach

- monatlich im Voraus.

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad -abgesunken ist unter
 - 90 %, falls er vorher 90 % und mehr betragen hat
 - 50 %, falls er vorher mindestens 50 %, jedoch weniger als 90 % betragen hat
 - 35 %, falls er vorher mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 % betragen hat.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.2.4 Garantierte Rentenleistungen an Hinterbliebene

Stirbt die versicherte Person und war bereits ein Anspruch auf Unfallrentenleistung entstanden, zahlen wir die zum Zeitpunkt des Todes zu berechnende monatliche Unfallrente für eine Dauer von fünf Jahren an die bezugsberechtigte Person, die dem Versicherer benannt wurde oder an die gesetzlichen Erben erster Ordnung und Ehegatten.

Die Hinterbliebenenrente wird erstmals am 01. des auf den Todestag der versicherten Person folgenden Monats bezahlt. Die Leistung endet mit Zahlung der 60. Monatsrente oder mit dem Tod der bezugsberechtigten Person oder der vorbenannten Erben.

2.3 Übergangsleistung und Sofortleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Übergangsleistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.3.2

Art und Höhe der Übergangsleistung

Für die Übergangsleistung wird die im Versicherungsschein festgelegte Summe unabhängig von der Sofortleistung gezahlt.

2.3.3

Voraussetzungen für die Sofortleistung

- gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus -

Die versicherte Person erleidet infolge eines Unfalles eine der folgenden schweren Verletzungen

- Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
- Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener

Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades,

- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche
- Sehkraftminderung auf beiden Augen von jeweils mindestens 60 %
- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma)
 - Bruch (Frakturen) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarmes oder des Ober- und Unterschenkels oder
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ

Der Anspruch auf die Leistung erlischt, wenn die versicherte Person innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt.

Das Vorliegen einer unfallbedingten schweren Verletzung müssen Sie durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachweisen.

Sobald uns dieser Nachweis zugegangen ist, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Bestimmungen der Ziffer 9 gelten uneingeschränkt.

2.3.4

Art und Höhe der Sofortleistung

Die Höhe der Sofortleistung beträgt

- im Produkt ASKUMA OptimumPlus 10.000 Euro
- im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 20.000 Euro

Die Sofortleistung wird unabhängig von der Übergangsleistung gezahlt.

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Geht die versicherte Person trotz der Beeinträchtigung aus Pflichtgefühl ihrem Beruf so weit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme
- Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte

Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

2.5.1 Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld im Produkt ASKUMA BasisPlus

2.5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung des Krankenhaustagegeldes

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.5.1.2 Höhe und Dauer der Leistung des Krankenhaustagegeldes

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Eignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 2 Wochen, den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb

	<p>Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen. 						
2.5.1.3	<p>Voraussetzungen für die Leistung des Genesungsgeldes Die versicherte Person ist aus der unfallbedingten vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.5.1 .1</p>						
2.5.1.4	<p>Höhe und Dauer der Leistung des Genesungsgeldes Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhausstagegeld leisten, längstens für 100 Tage, und zwar</p> <table border="0"> <tr> <td>für den 1. bis 10. Tag</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>für den 11. bis 20. Tag</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>für den 21. bis 100. Tag</td> <td>25 %</td> </tr> </table> <p>des Krankenhausstagegeldes.</p>	für den 1. bis 10. Tag	100 %	für den 11. bis 20. Tag	50 %	für den 21. bis 100. Tag	25 %
für den 1. bis 10. Tag	100 %						
für den 11. bis 20. Tag	50 %						
für den 21. bis 100. Tag	25 %						
2.5.2	<p>Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld im Produkt ASKUMA OptimumPlus</p>						
2.5.2.1	<p>Voraussetzungen für die Leistung des Krankenhausstagegeldes Die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heil- oder Rehabilitationsbehandlung oder • befindet sich unfallbedingt in einem medizinisch notwendigen vollstationären Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder • unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten. 						
2.5.2.2	<p>Höhe und Dauer der Leistung des Krankenhausstagegeldes</p>						

	<p>Wir zahlen das vereinbarte Krankenhausstagegeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 2 Wochen, den doppelten Krankenhausstagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat. • für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
2.5.2.3	<p>Voraussetzungen für die Leistung des Genesungsgeldes Die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist aus der unfallbedingten vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.5.2.1 oder • ließ sich unfallbedingt ambulant chirurgisch operieren
2.5.2.4	<p>Höhe und Dauer der Leistung des Genesungsgeldes Das Genesungsgeld wird in gleicher Höhe wie das Krankenhausstagegeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhausstagegeld leisten, längstens für 365 Tage.</p> <p>Bei ambulanten Operationen ist die Maximalentschädigung auf den Betrag von 250 Euro beschränkt.</p>
2.5.3	<p>Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus</p>
2.5.3.1	<p>Voraussetzungen für die Leistung des Krankenhausstagegeldes Die versicherte Person</p>

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heil- oder Rehabilitationsbehandlung oder
- befindet sich unfallbedingt in einem medizinisch notwendigen vollstationären Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder
- befindet sich in einer medizinisch notwendigen vollstationären Desensibilisierungsmaßnahme zur Behandlung von Allergien oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

2.5.3.2 **Höhe und Dauer der Leistung des Krankenhaustagegeldes**

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen oder für jeden Kalendertag, an dem bei der versicherten Person eine unfallbedingte und medizinisch notwendige ambulante ärztliche Erstversorgung eines Knochenbruchs durchgeführt wird.

2.5.3.3 **Voraussetzungen für die Leistung des Genesungsgeldes**

Die versicherte Person

- ist aus der unfallbedingten vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.5.3.1 oder
- ließ sich unfallbedingt ambulant chirurgisch operieren oder
- es fand eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Erstversorgung eines unfallbedingten Knochenbruchs statt.

2.5.3.4 **Höhe und Dauer der Leistung des Genesungsgeldes**

Das Genesungsgeld wird in gleicher Höhe wie das Krankenhaustagegeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 500 Tage.

Bei ambulanten Operationen und der Erstversorgung von Knochenbrüchen ist die Maximalentschädigung auf den Betrag von 250 Euro beschränkt.

2.6 **Todesfalleistung**

2.6.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Der Anspruch entsteht ebenso, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr unfallbedingt nach dem Unfall verstirbt und keine Invaliditätsleistung fällig wird.

Beachten Sie immer die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Todesfalleistung bei Verschollenheit

- nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus –

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück)
- § 6 (Luftfahrzeugunfall)
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind die bereits erbrachten Leistungen zurückzuzahlen.

2.6.2

Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Doppelte Todesfalleistung für hinterbliebene Kinder

- gilt in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUKMA SorgenfreiPlus -

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die jeweiligen Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 50.000 Euro.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

Vollwaisen-Rente für hinterbliebene Kinder

- gilt in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUKMA SorgenfreiPlus -

Versterben beide versicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder. Die Vollwaisen-Rente gewähren wir jährlich in Höhe des 50-fachen Brutto-Jahresbeitrages, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 4.000 Euro (im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus höchstens 8.000 Euro) pro Jahr und Kind.

Die Vollwaisen-Rente wird letztmalig für

das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

2.7

Komageld

Gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus

Für das Produkt ASKUMA

OptimumPlus gilt:

Wir zahlen für maximal ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 20 Euro für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person aufgrund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

Für das Produkt ASKUMA

SorgenfreiPlus gilt:

Wir zahlen für maximal drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person aufgrund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

2.8

Unfall-Pflegegeld

- Gilt nur im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus -

Voraussetzungen für die Leistung

Unfall-Pflegegeld wird gezahlt, sofern infolge eines Unfalles - ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 - bei der versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit Einstufung in Pflegestufe I, II oder III der sozialen Pflegeversicherung (§ 14 und § 15 SGB XI mit Stand 12.04.2012) eintritt. Haben Krankheiten und/oder Gebrechen beim Eintritt der Pflegebedürftigkeit mitgewirkt, besteht kein Anspruch auf Unfall-Pflegegeld. Ziffer 3.2.2 gilt nicht.

Sofern ein Anspruch auf Pflege-Assistanceleistungen gemäß Ziffer 1.1.2.8, 1.1.2.9 und 1.1.2.10 der Zusatzbedingungen für die Mitversicherung des Servicepaketes besteht, beginnt der Anspruch auf Unfall-Pflegegeld erst nach Ende

unserer Pflege-Assistanceleistungen.

Höhe der Leistung

Das Unfall-Pflegegeld beträgt je Kalendertag

15 Euro in Pflegestufe I
35 Euro in Pflegestufe II
70 Euro in Pflegestufe III.

Besteht ein gleichzeitiger Anspruch auf Unfall-Pflegegeld, Unfall-Komageld und Unfall-Krankenhaustagegeld, ist unsere Leistungspflicht insgesamt maximal auf das Dreifache des Unfall-Krankenhaustagegeldes begrenzt.

Dauer der Leistung

Unfall-Pflegegeld wird für die Dauer der Einstufung in eine Pflegestufe der sozialen Pflegeversicherung gezahlt, längstens jedoch

- für 1 Jahr vom Unfalltag an gerechnet., wenn kein Anspruch auf Pflege-Assistanceleistungen gemäß Ziffer 1.1.2.8, 1.1.2.9 und 1.1.2.10 der Zusatzbedingungen für die Mitversicherung des Servicepaketes besteht
- für 1 Jahr vom Unfalltag an gerechnet, wenn zwar ein Anspruch auf Pflege-Assistanceleistungen gemäß Ziffer 1.1.2.8, 1.1.2.9 und 1.1.2.10 der Zusatzbedingungen für die Mitversicherung des Servicepaketes bestand, dieser aber nicht geltend gemacht wurde
- für 1 Jahr ab Ende unserer Pflege-Assistanceleistungen, wenn darauf ein Anspruch bestand und wir diese Leistungen erbracht haben.

<p>2.9 Ersatz von Kosten</p> <p>Hinweis: Für die Positionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.9.1 Kosmetische Operationen • 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze • 2.9.3 Umbaumaßnahmen • 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen • 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen • 2.9.7 medizinische Hilfsmittel <p>ist die Versicherungssumme auf insgesamt 1.000.000 Euro beschränkt, auch wenn für mehrere Einzelpositionen Leistungen erbracht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten <p>insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Diese beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Produkt ASKUMA BasisPlus 10.000 Euro für kosmetische Operationen und 5.000 Euro für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten • im Produkt ASKUMA OptimumPlus 30.000 Euro • im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro. Werden neben diesen Kosten auch Leistungen für die Positionen <ul style="list-style-type: none"> - 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze - 2.9.3 Umbaumaßnahmen - 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen - 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen - 2.9.7 medizinische Hilfsmittel erbracht, ist die Versicherungssumme auf insgesamt 1.000.000 Euro beschränkt. <p>Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.</p> <p>Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.</p>
<p>2.9.1 Kosten für kosmetische Operationen</p> <p>2.9.1.1 Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.</p> <p>Die kosmetische Operation erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. <p>Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht oder nur zum Teil zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht ganz oder teilweise bestreitet.</p> <p>2.9.1.2 Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, 	<p>2.9.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze</p> <p>2.9.2.1 Voraussetzungen für die Leistung Der versicherten Person sind nach einem Unfall entstanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder

- Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
- Mehraufwand für die Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidlich waren
- Mehraufwand für die Heimfahrt oder Unterbringung von mitreisenden minderjährigen Kindern und des mitreisenden Partners
(versichert in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus)
- Kosten für die Behandlung von tauchtypischen Gesundheitsschädigungen in einer Druckkammer
(versichert in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus)

Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung der versicherten Person zum letzten ständigen Wohnsitz.

Hinsichtlich der Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze steht es einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht oder nur zum Teil zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht ganz oder teilweise bestreitet.

2.9.2.2

Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Diese beträgt

- im Produkt ASKUMA BasisPlus 10.000 Euro
- im Produkt ASKUMA OptimumPlus 30.000 Euro

- im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro. Werden neben diesen Kosten auch Leistungen für die Positionen
 - 2.9.1 Kosmetische Operationen
 - 2.9.3 Umbaumaßnahmen
 - 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen
 - 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
 - 2.9.7 medizinische Hilfsmittel
 erbracht, ist die Versicherungssumme auf insgesamt 1.000.000 Euro beschränkt.

Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.3

Kosten für Umbaumaßnahmen

Gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus

Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2014) erforderlich sind:

- a. behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
- b. behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung

insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Diese beträgt

- im Produkt ASKUMA OptimumPlus 10.000 Euro
- im Produkt ASKUMA

SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro
Werden neben diesen Kosten
auch Leistungen für die
Positionen

- 2.9.1 Kosmetische Operationen
- 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen
- 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- 2.9.7 medizinische Hilfsmittel

erbracht, ist die
Versicherungssumme auf
insgesamt 1.000.000 Euro
beschränkt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherung) zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.4

Kosten für Umschulungsmaßnahmen

Gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus

Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2014) erforderlich sind:

- a. Schulungs- und Prüfungsgebühren für staatlich anerkannte Umschulungsmaßnahmen

bis zur vereinbarten
Versicherungssumme. Diese beträgt

- im Produkt ASKUMA OptimumPlus 10.000 Euro
- im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro

Werden neben diesen Kosten
auch Leistungen für die
Positionen

- 2.9.1 Kosmetische Operationen
- 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 2.9.3 Umbaumaßnahmen
- 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- 2.9.7 medizinische Hilfsmittel

erbracht, ist die
Versicherungssumme auf
insgesamt 1.000.000 Euro
beschränkt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherung) zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.5

Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Wir ersetzen die unfallbedingten, medizinisch notwendigen Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen der versicherten Person, sofern die Maßnahmen

- infolge eines Unfalles notwendig werden und
- innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einer Woche - in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus auch innerhalb eines kürzeren Zeitraumes - durchgeführt werden.

Wir ersetzen die Kosten insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme, diese beträgt

- im Produkt ASKUMA BasisPlus 10.000 Euro
- im Produkt ASKUMA OptimumPlus 30.000 Euro
- im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro. Werden neben diesen Kosten auch Leistungen für die Positionen
 - 2.9.1 Kosmetische Operationen
 - 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
 - 2.9.3 Umbaumaßnahmen
 - 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen
 - 2.9.7 medizinische Hilfsmittel

erbracht, ist die Versicherungssumme auf insgesamt 1.000.000 Euro beschränkt.

Die Voraussetzungen, wie auch die medizinische Notwendigkeit, sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Nicht als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bestimmungen gelten stationäre Behandlungen, bei denen die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.6 Kosten für Privatunterricht
- gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus -

Kann das versicherte minderjährige Kind unfallbedingt nicht oder nicht regelmäßig am regulären schulischen Unterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für den notwendigen Privatunterricht, um die

Fehlzeiten auszugleichen.

Die Höhe der Leistungen beträgt

im Produkt ASKUMA OptimumPlus maximal 25 Euro je ausgefallenem Schultag für maximal 50 Tage nach dem Unfallereignis

im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus maximal 50 Euro je ausgefallenem Schultag für maximal 100 Tage nach dem Unfallereignis

Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.7 Kosten für medizinische Hilfsmittel

In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und Sorgenfrei gilt:

Wir übernehmen die innerhalb von drei Jahren nachdem Unfall entstehenden Kosten für aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendige

- a. künstliche Organe und Organtransplantationen,
- b. Prothesen und Hilfsmittel,
- c. Anschaffung von Blindenhunden.

Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität auch über den Ablauf der dafür vorgesehenen Frist hinaus noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.

Wir ersetzen die Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme, diese beträgt

- im Produkt ASKUMA

- OptimumPlus 30.000 Euro im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus 1.000.000 Euro
- Werden neben diesen Kosten auch Leistungen für die Positionen
- 2.9.1 Kosmetische Operationen
 - 2.9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
 - 2.9.3 Umbaumaßnahmen
 - 2.9.4 Umschulungsmaßnahmen
 - 2.9.5 Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

erbracht, ist die Versicherungssumme auf insgesamt 1.000.000 Euro beschränkt.

Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.9.8 Kosten für Rooming in

- Gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus -

Für versicherte Kinder werden die notwendigen Übernachtungskosten des Erziehungsberechtigten oder einer von ihm bestimmten Person, die bei Betreuung des stationär behandelten Kindes anfallen, für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die für das Kind Anspruch auf Krankenhaustagegeld-Leistung besteht, höchstens jedoch

- 40 Euro je Tag im Produkt ASKUMA OptimumPlus
- 60 Euro je Tag im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus

Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein

<p style="text-align: center;"><i>Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.</i></p> <p>3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil im Produkt ASKUMA BasisPlus weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor. Beträgt der Mitwirkungsanteil im Produkt ASKUMA OptimumPlus weniger als 50%, nehmen wir keine Minderung vor. Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus wird auf eine Anrechnung der Mitwirkung etwaiger Krankheiten oder Gebrechen verzichtet.</p>	<p>der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille liegt -,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente <p>verursacht waren.</p> <p>Für das Produkt ASKUMA OptimumPlus gilt zusätzlich: Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Ausnahme: Es besteht kein Versicherungsschutz beim Lenken von Kraftfahrzeugen, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt bei mindestens 1,1 Promille liegt.</p>
<p>4 Gestrichen</p>	<p>Für das Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt zusätzlich: Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Ausnahme: Es besteht kein Versicherungsschutz beim Lenken von Kraftfahrzeugen, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt bei mindestens 1,5 Promille liegt.</p>
<p>5 Was ist nicht versichert?</p>	
<p>5.1 Ausgeschlossene Unfälle Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:</p> <p>5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen beruhen, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.</p> <p>Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist. Übermüdung und Erschrecken gilt nicht als Bewusstseinsstörung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis • Herzinfarkt oder Schlaganfall – ausgeschlossen bleiben jedoch die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst – • Trunkenheit – beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn 	<p>5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.</p> <p>5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.</p> <p><u>Ausnahme:</u> Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.</p> <p>Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.</p> <p>In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des</p>

betreffenden Staates zu verlassen.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen sind mitversichert, wenn die versicherte Person an den Gewalttaten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn Sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Nicht als Rennen gelten Fahrtveranstaltungen, bei denen es ausschließlich oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Stern-,

Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten)

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Mitversichert sind nicht-lizenzpflichtige Rennen mit Motorfahrzeugen.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

In den Produkten ASKUMA BasisPlus, ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen, Laserstrahlen, Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle), künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt sind mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen oder Berufskrankheiten sind. Ausgenommen bleiben Gesundheitsschäden durch Kernenergie.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten und z.B. zu einer Blutvergiftung führen. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- mit FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) durch einen Zeckenstich.
Bei den Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.
Dies gilt nicht im Produkt ASKUMA BasisPlus, dort gilt eine Infektion mit FSME durch einen Zeckenstich nicht versichert.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Als Unfall gelten auch unfreiwillige Vergiftungen durch die Einnahme von Stoffen durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftungen).

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

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers einer Straftat

Für die Produkte ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

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

<p>5.2.7</p>	<p>Bauch- oder Unterleibsbrüche.</p> <p><u>Ausnahme:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und • für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. <p>In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.</p> <p>Für die Produkte ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Versicherungsschutz besteht auch für durch Eigenbewegung oder erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- und Unterleibsbrüche.</p>	<p>Für die Altersgruppe 3 gilt: Nach jedem vollendeten dritten Versicherungsjahr erhöht sich der Beitrag um 10 %.</p> <p>Bei einem Wechsel der Altersgruppe bzw. einer Tarifierhöhung in der Altersgruppe 3 haben Sie folgendes Wahlrecht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder • Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
<p>6</p>	<p>Was müssen Sie bei unserem Altersgruppentarif und/oder bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?</p>	<p>6.1.2</p> <p>Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.</p>
<p>6.1</p> <p>6.1.1</p>	<p>Umstellung des Altersgruppentarifs</p> <p>Der Tarif Ihrer Unfallversicherung richtet sich auch nach dem Alter der versicherten Person. Der Tarif sieht folgende Altersgruppenstaffelung vor:</p> <p>Altersgruppe 1: 0 bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</p> <p>Altersgruppe 2: 19 bis Vollendung des 68. Lebensjahres</p> <p>Altersgruppe 3: Ab dem 68. Lebensjahr</p> <p>Für die Altersgruppen 1 und 2 gilt: Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres(Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 18. bzw. das 68. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen. Danach stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif der nächsten Altersgruppe um.</p>	<p>6.2</p> <p>Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.</p> <p>Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis</p> <p>6.2.1</p> <p>Mitteilung der Änderung Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.</p> <p>6.2.2</p> <p>Auswirkungen der Änderung Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.</p>

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Waren die Unfallfolgen zunächst geringfügig erschienen oder wurde davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird.

7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages. Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 1.000 Euro.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Im Produkt ASKUMA OptimumPlus gilt: Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von einer Woche zu melden.

Die Frist beginnt jedoch erst, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das

Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt: Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den 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 die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, 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 für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur

Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

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

In den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus kann ein angemessener Vorschuss auf die Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres

nach dem Unfall auch über die Höhe der vereinbarten Todesfallsumme hinaus beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns

längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Um eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu vermeiden, beginnt der Versicherungsschutz abweichend von den Angaben im Versicherungsschein nicht um 12 Uhr, sondern bereits um 0 Uhr, falls die Vorversicherung um 0 Uhr des gleichen Tages bzw. um 24 Uhr des Vortages endet.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins

zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir.

10.2.3 Ordentliche Vertragskündigung

Sie oder wir können den Vertrag kündigen. Sie können den Vertrag jederzeit mit Wirkung ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt kündigen. Wir können unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Ablauftermin oder zum Ende jedes darauf folgenden Versicherungsjahres kündigen.

10.2.4 Außerordentliche Kündigung nach einem Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.3 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

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 und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 **Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 **Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.6. **Beitragsbefreiung bei Tod und Invalidität**

11.6.1 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**

- gilt im Produkt ASKUMA BasisPlus -

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:

Wir führen diesen Versicherungsvertrag mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

11.6.2 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern, Ehegatten und Lebensgefährten**

- gilt im Produkt ASKUMA OptimumPlus -

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:

Wir führen diesen Versicherungsvertrag mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährtin in diesem Versicherungsvertrag versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen, und zwar längstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, indem das jüngste versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der Ehegatte oder Lebensgefährtin wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

11.6.3 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern, Ehegatten und Lebensgefährten

- gilt im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus-

Wenn Sie während der Versicherungsdauer

- sterben und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde oder
- einen Unfall erlitten haben, der nicht nach Ziffer 5 ausgeschlossen war und nach den Bedingungen dieses Vertrages eine Invalidität von mindestens 50 % abschließend festgestellt wurde

gilt Folgendes:

Wir führen diesen Versicherungsvertrag mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Im Falle Ihres Todes wird der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte in diesem Versicherungsvertrag versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen, und zwar längstensfalls bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, indem das jüngste versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Im Falle Ihres Todes wird Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

- gilt nur in den Produkten ASKUMA OptimumPlus und ASKUMA SorgenfreiPlus -

Versicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer der Sozialversicherungspflicht in Deutschland unterlag. Für die Dauer der Arbeitslosigkeit stellt der Versicherer, längstens bis zu drei Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 58. Lebensjahres hinaus, diesen Versicherungsvertrag

beitragsfrei.

Voraussetzung für die Leistung:

Der Versicherungsnehmer ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit höchstens 58 Jahre alt. Der Eintritt der Arbeitslosigkeit wurde weder vorsätzlich noch grob fahrlässig herbeigeführt und die Arbeitslosigkeit ist frühestens 3 Monate nach Beginn der Versicherung eingetreten (Wartezeit). Die Kündigung erfolgte nicht durch den Versicherungsnehmer.

Die Beitragsbefreiung muss unverzüglich unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht werden. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang der benötigten Unterlagen folgt.

Die Fortdauer der Arbeitslosigkeit muss uns jährlich - ab Beginn der Beitragsbefreiung gerechnet - unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachgewiesen werden. Erhalten wir diesen Nachweis nicht fristgerecht, ruht die Beitragsbefreiung ab dem Ersten des folgenden Monats.

Ein Ende der Arbeitslosigkeit muss unverzüglich mitgeteilt werden.

Wurde für den Vertrag eine Summenanpassung vereinbart, so tritt diese während der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit außer Kraft.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten

<p>verantwortlich.</p> <p>12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.</p> <p>12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.</p>	<p>13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall</p> <ul style="list-style-type: none"> • vom Vertrag zurücktreten, • den Vertrag kündigen, • den Vertrag ändern oder • den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten. <p>13.2.1 Rücktritt Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.</p> <p>Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • weder eine vorsätzliche, • noch eine grob fahrlässige <p>Anzeigepflichtverletzung vorliegt.</p> <p>Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.</p> <p>Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.</p> <p>Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:</p> <p>Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der</p> <ul style="list-style-type: none"> • weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, • noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht <p>ursächlich war.</p> <p>Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.</p>
<p>13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?</p>	
<p>13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.</p> <p>Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Ihrer Vertragserklärung, • aber noch vor Vertragsannahme <p>in Textform stellen.</p> <p>Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.</p> <p>Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.</p>	

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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 von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Beitragsfreie Versicherung von neu hinzukommenden Familienmitgliedern

Im Produkt ASKUMA BasisPlus gilt:

Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages eigene Kinder geboren werden gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz wie folgt:

Ihre neugeborenen Kinder sind bis ein Jahr nach Vollendung der Geburt versichert.

Die Versicherungssummen betragen: 30.000 Euro für den Invaliditätsfall. Die Invalidität nach Gliedertaxe wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bemessen, außerhalb der Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.2.2.

Wird das neugeborene Kind innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

Im Produkt ASKUMA OptimumPlus gilt:

Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages

- Sie heiraten oder
- mit Ihrem Partner eine eingetragene Lebenspartnerschaft begründen oder
- eigene Kinder geboren werden oder
- fremde Kinder im Alter unter 14 Jahren adoptiert werden,

gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz wie folgt:

- a. Ihr Partner ist für drei Monate ab dem Tag der Heirat bzw. dem Tag der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit Ihnen versichert,
- b. Ihre neugeborenen Kinder sind bis ein Jahr nach Vollendung der Geburt versichert,
- c. Von Ihnen adoptierte Kinder sind für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption versichert.

Die Versicherungssummen betragen:

- 80.000 Euro für den Invaliditätsfall.

Die Invalidität nach Gliedertaxe wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bemessen, außerhalb der Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.2.2.

- 5.000 Euro für den Todesfall

Wird das neugeborene Kind während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

Wird das adoptierte Kind während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption zusätzlich.

Wird Ihr Partner während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis drei Monate nach Heirat bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft zusätzlich.

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages

- Sie heiraten oder
- mit Ihrem Partner eine eingetragene Lebenspartnerschaft begründen oder
- eigene Kinder geboren werden oder
- fremde Kinder im Alter unter 14 Jahren adoptiert werden,

gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz wie folgt:

- a. Ihr Partner ist für drei Monate ab dem Tag der Heirat bzw. dem Tag der Eintragung der Lebenspartnerschaft versichert,
- b. Ihre ungeborenen Kinder sind während der Schwangerschaft für den Fall von Gesundheitsschäden infolge einer direkten Unfalleinwirkung oder eines Unfalles der versicherten Mutter versichert,
- c. Ihre neugeborenen Kinder sind bis ein Jahr nach Vollendung der Geburt

versichert,
d. von Ihnen adoptierte Kinder sind für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption versichert.

Die Versicherungssummen betragen:

- 120.000 Euro für den Invaliditätsfall . Die Invalidität nach Gliedertaxe wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bemessen, außerhalb der Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.2.2.
- 15.000 Euro für den Todesfall
- 30 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld.

Wird das neugeborene Kind während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

Wird das adoptierte Kind während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption zusätzlich.

Wird Ihr Partner während der beitragsfreien Versicherung beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis drei Monate nach Heirat bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft zusätzlich.

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

15.2 Aussetzung der Verjährung
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

16.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19	Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle
	<p>Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen.</p> <p>Sie können Ihre Anfragen richten an:</p> <p>Versicherungsombudsmann e. V. Postfach 08 06 32 10006 Berlin www.versicherungsombudsmann.de</p> <p>Wir nehmen an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teil.</p> <p>Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.</p>

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

- 1.** Die Versicherungssummen für die folgenden Leistungsarten werden jährlich um 6 % erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen

für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle fünfhundert Euro,

für die Unfallrente auf volle Euro

für die Übergangsleistung mit Sofortleistung auf volle fünfzig Euro

für Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld auf volle Euro und

aufgerundet.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend.
- 2.** Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 3.** Wir informieren Sie über die erhöhten Versicherungssummen, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages.
- 4.** Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziff. 3. Wir weisen Sie auf den Fristablauf hin. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung des Servicepaketes		
Soweit ausdrücklich vereinbart, gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) wie folgt erweitert:		
1.	Welche Leistungen beinhaltet ServicePlus?	
1.1.	Spezielle Hilfeleistungen mit Kostenübernahme (Schutzbrief)	
1.1.1.	Leistungsvoraussetzungen, -umfang und -häufigkeit	
1.1.1.1.	Voraussetzung für die unter Ziffer 1.1.2 beschriebenen Leistungen ist <ul style="list-style-type: none"> a. dass ein Unfall der versicherten Person gemäß Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) vorliegt. Speziell für Personen der Zielgruppe Senioren (ab 55 Jahre) gilt außerdem: Die Leistungen können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs wegen eines der folgenden – nicht unfallbedingten – Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Herzinfarkt • Schlaganfall • Bypass Operation Ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen. b. dass die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.1.1.1 a) in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (Hilfsbedürftigkeit) und c. dass der Versicherungsfall unverzüglich über das WWK Notfall-Telefon gemeldet und die 	<p>Organisation der Leistung bei unserem Dienstleister in Auftrag gegeben wurde.</p> <p>1.1.1.2. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht</p> <p>1.1.1.3. Die Leistungen beinhalten die Vermittlung und Organisation sowie die Kostenübernahme bis zu einer Höchstentschädigung je Versicherungsfall von 5.000 Euro. Für die unter Ziffer 1.1.1.1 a) speziell für die Zielgruppe Senioren aufgeführte Leistungserweiterung bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder Bypass Operation gilt eine Höchstentschädigung je Versicherungsfall von 2.000 Euro.</p> <p>1.1.1.4 Die Leistungen werden für einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten ab Eintritt des Versicherungsfalles erbracht.</p> <p>1.1.1.5 Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die Leistung aus dem Servicepaket nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.</p> <p>1.1.1.6 Die für die Erbringung der Leistungen notwendigen Auskünfte und Einverständniserklärungen sind dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.</p> <p>1.1.1.7. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn <ul style="list-style-type: none"> • die Meldung des Versicherungsfalles und der Auftrag zur Organisation der Leistung nicht über das WWK Notfall-Telefon erfolgt sind • die versicherte Person selbst einen Dienstleister für Leistungen gemäß Ziffer 1.1.2 auswählt • die Leistung nicht erforderlich ist, insbesondere wenn sie bereits unabhängig vom Versicherungsfallbezogen oder von einer im Haushalt lebenden Person erbracht wird. • eine der Leistungen nach Ziffer 1.1.2 im Rahmen der Pflegeversicherung, Krankenversicherung oder gesetzlichen Unfallversicherung erbracht wird. Bereits laufende </p>

	Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung durch den jeweiligen Kostenträger.		Krankengymnastik und Therapien organisiert.
1.1.2.	Leistungsarten		Übernommen werden die Fahr- bzw. Transportkosten.
1.1.2.1.	Installation eines Hausnotrufs	1.1.2.4.	Begleitung
	Organisiert wird in der Wohnung der versicherten Person die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale.		Bis zu zwei Mal in der Woche wird eine Begleitung zur Unterstützung der versicherten Person bei Arzt- und Behördengängen sowie bei Fahrten zu Krankengymnastik und Therapien organisiert.
	Übernommen werden die Kosten für die Bereitstellung der Anlage und laufende Aufschalt- bzw. Bereitschafts-Gebühren bis zu maximal 300 Euro je Versicherungsfall (längstens für 6 Monate). Die Bereitstellung der Anlage erfolgt in der Regel im Rahmen einer Anmietung beim Anbieter der Dienstleistung.		Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betraute Person. Kosten Dritter (z.B. Praxisgebühr oder Bearbeitungsgebühren bei Behörden) werden nicht übernommen.
	Folgende Kosten werden nicht übernommen:	1.1.2.5.	Einkaufsservice
	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für den Erwerb einer Hausnotrufanlage • Kosten für die Schaffung der technischen Voraussetzungen in der Wohnung der versicherten Person (z.B. ein entsprechender Strom- und Telefonanschluss oder andere bauliche Maßnahmen) • Telefongebühren • sich durch Einsätze ergebende Folgekosten, wie z.B. für den Einsatz des Notarztes oder der Feuerwehr. 		Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen/Einkäufe durchgeführt, sofern die Notwendigkeit dafür besteht: <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs • Botengänge zur Bank, Sparkasse oder Behörden • Besorgen von Rezepten oder Medikamenten • Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie • Einlieferung und Abholung von Wäsche bei der Reinigung
1.1.2.2.	Menüservice		Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betrauten Person. Kosten für die eingekauften Waren oder bezogenen Dienstleistungen werden nicht übernommen.
	Organisiert wird die Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und ihren Lebenspartner. Die versicherte Person kann aus dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment auswählen.	1.1.2.6.	Wäscheservice und Schuhpflege
	Übernommen werden die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung. Andere Kosten werden nicht übernommen.		Einmal in der Woche werden <ul style="list-style-type: none"> • die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt • die Schuhe der versicherten Person gepflegt.
1.1.2.3.	Fahrdienst		
	Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden,		

<p>Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betrauten Person. Kosten für die Reinigungsmittel und andere Kosten werden nicht übernommen.</p> <p>1.1.2.7. Wohnungsreinigung</p> <p>Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt.</p> <p>Voraussetzung ist, dass sich die Räume bei Eintritt des Versicherungsfalles in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden.</p> <p>Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betrauten Person. Kosten für die Reinigungsmittel und andere Kosten werden nicht übernommen.</p>	<p>1.1.2.10. Tag- und Nachtwache</p> <p>Nach Entlassung aus einer stationären Behandlung sowie bei akut auftretender Pflegebedürftigkeit wird für eine Dauer von bis zu 48 Stunden die Tag- und Nachtwache durch Fachpersonal in der Wohnung der versicherten Person oder einer diese betreuende Person organisiert, sofern eine Beaufsichtigung der versicherten Person aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Übernommen werden die Kosten für das mit der Leistung betraute Fachpersonal.</p>
<p>1.1.2.8. Pflegeschulung</p> <p>Organisiert wird eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende Personen.</p> <p>Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 Euro pro pflegender Person.</p>	<p>1.2. Spezielle Leistungen ohne Kostenübernahme (Assistance)</p> <p>1.2.1. Leistungsvoraussetzungen</p> <p>1.2.1.1. Voraussetzung für die Erbringung der unter Ziffer 1.2.2 beschriebenen Leistungen ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass - sofern nicht abweichend beschrieben - ein Unfall der versicherten Person gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014, Ziffer 1.3) vorliegt. Der Unfall wurde bereits nachgewiesen oder es kann anhand des telefonisch geschilderten Sachverhalts davon ausgegangen werden. • speziell für Personen der Zielgruppe Senioren (ab 55 Jahre) gilt außerdem:
<p>1.1.2.9. Grundpflege</p> <p>Bis zu zwei Mal täglich wird, im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit, eine Grundpflege durch Fachpersonal durchgeführt. Im Rahmen der Grundpflege werden folgende Leistungen erbracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waschen, Duschen, Baden • Mund-, Zahn-, Lippenpflege • Rasieren • Hautpflege • Haarpflege (Kämmen, ggf. Waschen) • Nagelpflege • An- und Auskleiden, inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken <p>Übernommen werden die Kosten für das mit der Leistung betraute Fachpersonal. Anfallende Kosten für Hilfsmittel etc. werden nicht erstattet.</p>	<p>Die Leistungen gemäß Ziffer 1.2.2 können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs wegen folgender – nicht unfallbedingter – Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Herzinfarkt b. Schlaganfall c. Bypass Operation <p>Ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen.</p> <p>1.2.1.2. Die Leistungen werden über das WWK Notfall-Telefon in Anspruch genommen.</p> <p>1.2.1.3. Die Leistungen werden für den Geltungsbereich der Bundesrepublik</p>

	Deutschland erbracht.
1.2.2.	Leistungsarten Versichert sind umfassende Informations- und Beratungsleistungen und – sofern gewünscht – auch die Vermittlung und/oder Organisation von Dienstleistern zu den unter Ziffer 1.2.2.1 bis 1.2.2.4 beschriebenen Leistungsarten. Die von den gegebenenfalls vermittelten und/oder organisierten Dienstleistern gegebenenfalls erhobenen Entgelte sowie anfallende Sachkosten werden nicht übernommen.
1.2.2.1.	Beratung zur Prävention (Zielgruppenberatung) Bereits unabhängig von einem Unfall gemäß Ziffer 1.3 der AU 2014 beraten wir die versicherte Person in Abstimmung auf deren Alter und individuelle Lebenssituation z. B. zu den Themen <ul style="list-style-type: none"> • Unfallverhütung • Gesundheitsberatung • Entwicklungsmanagement • Familienmanagement
1.2.2.2.	Beratung zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation (Reha-Management) Ist aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 eine ärztlich diagnostizierte Rehabilitation der versicherten Person erforderlich, bieten wir eine ganzheitliche Betreuung (Case Management) und Beratung für den Betroffenen und seine Angehörigen, z.B. durch Unterstützung bei <ul style="list-style-type: none"> • der genauen Ermittlung des individuellen Bedarfs des Betroffenen und seiner Angehörigen (Bedarfsanalyse) • der Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans • bei der Koordination der Maßnahmen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation • bei der Auswahl der Hilfsmittel und deren Beschaffung

	<ul style="list-style-type: none"> • bei der Auswahl von Therapiezentren/Therapeuten, Ärzten und Spezialkliniken • bei der Auswahl spezialisierter bzw. sozialer Einrichtungen und Hilfen • bei der Organisation einer psychologischen Betreuung • bei der Sicherung des bisherigen Arbeitsplatzes • bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz, einer Umschulungsmaßnahme sowie einer neuen Arbeitsstelle • bei der Suche nach Anbietern für behinderungsgerechte Wohnungsumbauten und Fahrzeugumrüstungen • bei der Erstellung eines Finanzplanes • bei der Beantragung von Leistungen aus sozialen oder gesetzlichen Einrichtungen
1.2.2.3.	Beratung bei Pflegebedürftigkeit (Pflege-Manager) Wird aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ärztlich diagnostiziert, bieten wir Ihnen eine umfassende Information und Beratung z.B. zu folgenden Themen <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung • Pflegeeinstufung inklusive Widerspruchsverfahren • Pflegeleistungen und –hilfsmittel sowie deren Anbieter • Pflegedienstleister und –einrichtungen • Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen • Beantragung einer Schwerbehinderung inklusive Widerspruchsverfahren • Beantragung von Sozialhilfe inklusive Widerspruchsverfahren • Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen • Speziellen Krankheitsbildern, wie z.B. Depression, Demenz, Parkinson • Beratungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Psychologen • Kuren

- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten
- Wohn- und Wohnraumberatung

1.2.2.4. Pflegeheimplatzgarantie

Wird aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ärztlich diagnostiziert und ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung nicht möglich oder kommt diese wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht, garantieren wir die Unterbringung (Vermittlung und Organisation) der versicherten Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden.

Der Pflegeheimplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes der versicherten Person zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützen wir bei der Suche und organisieren einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiven Invaliditätsstaffeln

- Soweit diese ausdrücklich vereinbart sind bzw. das Risiko versichert ist –

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) wird wie folgt erweitert:

In den Produkten ASKUMA BasisPlus und ASKUMA OptimumPlus gilt:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 2-fache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme.

Wenn die Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad

Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) wird wie folgt erweitert:

In den Produkten ASKUMA BasisPlus und ASKUMA OptimumPlus gilt:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 2-fache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des

- Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme,
 d. für den 75 %, nicht aber 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 6-fache Invaliditätssumme,
 e. für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 11-fache Invaliditätssumme.

Wenn die Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad
 Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

Inv	pB	Inv	pB	Inv	pB	Inv	pB	Inv	pB
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	41	57	56	93	71	138	86	216
27	29	42	59	57	96	72	141	87	222
28	31	43	61	58	99	73	144	88	228
29	33	44	63	59	102	74	147	89	234
30	35	45	65	60	105	75	150	90	240
31	37	46	67	61	108	76	156	91	251
32	39	47	69	62	111	77	162	92	262
33	41	48	71	63	114	78	168	93	273
34	43	49	73	64	117	79	174	94	284
35	45	50	75	65	120	80	180	95	295
36	47	51	78	66	123	81	186	96	306
37	49	52	81	67	126	82	192	97	317
38	51	53	84	68	129	83	198	98	328
39	53	54	87	69	132	84	204	99	339
40	55	55	90	70	135	85	210	100	350

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

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) wird wie folgt erweitert:

In den Produkten ASKUMA BasisPlus und ASKUMA OptimumPlus gilt:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

Im Produkt ASKUMA SorgenfreiPlus gilt:
 Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a. Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme,
- c. für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 6-fache Invaliditätssumme,
- d. für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 10-fache Invaliditätssumme.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad
 Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

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