



mehr als eine Versicherung

Verbraucherinformation für die Continentale Unfallversicherung

(Stand: 01. 04. 1997)

Inhalt:

- 1 Allgemeine Hinweise S. 4-6
- 2 Allgemeine
Unfallversicherungs-Bedingungen
(AUB 95 der Continentale) S. 7-13
- 3 Zusatzbedingungen
und Besondere Bedingungen
(sofern vereinbart) S. 14-24
- 4 Tarifbestimmungen S. 25-26
- 5 Auszug aus dem
Versicherungsvertragsgesetz
(VVG) S. 27
- 6 Erläuterungen zur beitragsfreien
Familien-Vorsorge-Versicherung
mit Meldeformularen S. 30-31

Continentale Sachversicherung AG

Direktion:

Ruhrallee 92-94 · D-44139 Dortmund

Telefon (02 31) 9 19-0

Mit dem Abschluß Ihrer Unfallversicherung haben Sie eine wichtige Vorsorgeentscheidung getroffen. Diese Versicherung hat den Zweck, Ihren Lebensunterhalt gerade dann zu sichern, wenn Sie durch einen Unfall vorübergehend oder gar auf Dauer empfindliche Einkommenseinbußen erleiden. Hiervon hängt nicht nur Ihre eigene Sicherheit, sondern auch die Ihrer Familie ab.

Unfallversicherungsschutz ist auch dann erforderlich, wenn Sie bereits eine Kranken- und eine Haftpflichtversicherung haben sowie sozialversichert sind. Diese Versicherungsarten verfolgen andere Leistungsziele oder decken andere Gefahrenbereiche ab. Die Krankenversicherung kommt vor allem für Heilbehandlungskosten auf, sie leistet jedoch nicht für die wirtschaftlichen Folgen, die mit dauernden Gesundheitsschädigungen verbunden sind. Die Haftpflichtversicherung deckt nicht Ihre eigenen Schäden, sondern ausschließlich solche, die Sie anderen zufügen. Durch die gesetzliche (berufsgenossenschaftliche) Unfallversicherung sind Sie nur in Ihrem beruflichen Bereich geschützt.

Neben dem Antrag und dem Versicherungsschein sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) und – soweit beantragt – die Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen die Grundlage Ihres Vertrages. Sie regeln die beiderseitigen Rechte und Pflichten. Dazu wollen wir Ihnen – unter Verzicht auf die juristische Fachsprache – noch einige Hinweise geben.

Vertragspartner

Sie sind als „Versicherungsnehmer“ unser Vertragspartner und haben es übernommen, die Beiträge zu zahlen. Als „Versicherer“ erbringen wir nach einem Unfall die vereinbarten Leistungen. Anspruch auf Leistung hat der „Versicherte“, der nicht immer mit dem Versicherungsnehmer identisch zu sein braucht.

Bei Abschluß der Todesfall-Leistung empfiehlt es sich, einen „Bezugsberechtigten“ zu nennen. Die Bezugsberechtigung bestimmt, wer bei Unfalltod der versicherten Person die evtl. vereinbarte Todesfallsumme bzw. bei (Mit-)Versicherung einer Unfallrente bei Tod der versicherten Person die Kapitalleistung von 12 Monatsrenten erhalten soll.

Bei minderjährigen versicherten Personen darf ein

Bezugsberechtigter aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht benannt werden; die Angabe „Erben“ ist aber möglich. Ist kein Bezugsberechtigter benannt, gilt die Erbfolge.

Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht.

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Wann endet der Versicherungsschutz?

Für die nach dem 1. eines Monats beantragten Unfallversicherungen, bei denen im Antrag als Zeitpunkt für den Beginn der Versicherungen der 1. des der Antragstellung folgenden Monats angegeben ist, beginnt ab Eingang des Antrags im Kundendienst-Centrum, in der Gebietsdirektion bzw. in der Direktion des Versicherers oder bei der Direktion/Zentrale der vermittelnden Gesellschaft mittags 12 Uhr Versicherungsschutz bis zu den in den gültigen Tarifbestimmungen ausgewiesenen Höchstsummen. Der vorläufige Versicherungsschutz endet mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus dem beantragten Versicherungsvertrag oder mit Ablehnung des Antrags durch den Versicherer, spätestens jedoch mit Ablauf von einem Monat nach Antragsdatum. Er tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen, der Versicherungsschein aber nicht spätestens innerhalb von 14 Tagen eingelöst wird und der Versicherungsnehmer die Verspätung zu vertreten hat.

Kurzfristige Verträge (Laufzeit weniger als 1 Jahr) enden mit Ablauf der vorgesehenen Vertragsdauer.

Verträge über mindestens 1 Jahr laufen stillschweigend von Jahr zu Jahr weiter, wenn sie nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt werden.

Was bietet die Unfallversicherung?

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, die finanziellen Auswirkungen von Unfällen mit Hilfe der vereinbarten Versicherungsleistungen aufzufangen. Sie können u. a. vereinbaren:

- **Invaliditätsleistung**
Bei dauernder Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) zahlen wir bei Vollinvalidität die volle, bei Teilinvalidität den dem Grade der Invalidität entsprechenden Teil der Invaliditätssumme als Kapital oder Rente. Die Bemessung des Invaliditätsgrades ist in § 7 I (2) AUB 95 der Continentale festgelegt.

- **Unfallrente**
Bei einer unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 50 % wird zusätzlich zu einer vereinbarten Invaliditätsleistung eine monatliche Festrente bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem der Versicherte stirbt.

Zusätzlich werden 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt, wenn der Versicherte – gleichgültig aus welcher Ursache – stirbt und ein Anspruch auf eine Unfallrente bereits anerkannt war oder aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde mit der Anerkennung eines solchen Anspruchs zu rechnen gewesen wäre.

- **Unfallrente mit jährlicher Rentenerhöhung bei Leistungsbezug**
Bei Vereinbarung einer Unfallrente mit jährlicher Rentenerhöhung steigt die anerkannte Unfallrente jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres um 2 %. Die jährliche Erhöhung der Leistung erfolgt letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird.

- **Sofortleistung**
Führt der Unfall zu bestimmten Schwerverletzungen, erhält der Betroffene die Sofortleistung. Eine Anrechnung auf die Invaliditätsleistung erfolgt nicht.

- **Unfallkrankenhaustagegeld**
Es wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Kein Unfallkrankenhaustagegeld gibt es bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

- **Todesfalleistung**
Stirbt der Versicherte innerhalb eines Jahres an den Folgen eines Unfalles, wird die volle versicherte Todesfalleistung fällig.

Natürlich können mehrere der aufgeführten Leistungen nebeneinander anfallen. Lediglich die Todesfalleistung schließt eine gleichzeitige Invaliditätsleistung aus (§ 7 I (4) AUB 95 der Continentale).

Auf die Leistungen der privaten Unfallversicherung werden Zahlungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Haftpflichtentschädigungen nicht angerechnet.

Wo und wann schützt die Unfallversicherung?

Im Gegensatz zur gesetzlichen Unfallversicherung gilt die private Unfallversicherung **rund um die Welt** und – sofern Sie keine Einschränkungen gewünscht haben – **rund um die Uhr** in allen üblichen Lebensbereichen, z. B.

- bei der Arbeit
- im Straßenverkehr
- im Haushalt
- in der Freizeit, bei Sport und Hobby
- im Urlaub
- als Fluggast im Motor- und Strahlflugzeug sowie beim Mitfliegen in Segelflugzeugen, Ultraleichtflugzeugen und anderen Fluggeräten (Segeldrachen, Ballons, Tandem-Fallschirmsprung).

Versicherungsschutz besteht nicht nur für unverschuldete Unfälle, sondern auch für solche, die Sie durch eigene Fahrlässigkeit erleiden.

Was kann die Unfallversicherung nicht bieten?

Außergewöhnliche Risiken, die nur bei einer Minderheit von Versicherten entstehen können, erfordern einen hohen Beitrag. Um die Gemeinschaft aller Versicherten nicht damit zu belasten, sind, ebenso wie bei anderen Versicherungszweigen, auch in der Unfallversicherung gewisse Risiken vom Versicherungsschutz nicht erfaßt (Ausschlüsse).

Ausgeschlossen sind insbesondere:

- Unfälle infolge von Bewußtseinsstörungen (z. B. Trunkenheit)
- Vorsätzliche Selbstbeschädigung und Selbstmord
- Unfälle durch Kriegereignisse

- Unfälle als Luftfahrzeug-/Luftsportgeräteführer sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
- Strahlenschäden und Vergiftungen
- Unfälle bei der Teilnahme an Kfz-Rennveranstaltungen

Einige dieser Risiken können durch besondere Vereinbarungen und gegen Beitragszuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen oder durch Abschluß spezieller Unfallversicherungen (z. B. spezielle Luftfahrt-Unfallversicherung, Mitversicherung von Vergiftungsunfällen bei Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres) versichert werden.

Wozu verpflichten Sie sich?

- **Beitragszahlung**
Um den Versicherungsschutz ununterbrochen aufrechtzuerhalten, sind die Beiträge pünktlich zu zahlen. Sollte Ihnen dies einmal nicht möglich sein, so wenden Sie sich bitte an uns. Wir sagen Ihnen, wie Sie den Vertrag evtl. in veränderter Form fortführen können.
- **Änderung des Gesundheitszustandes**
Treten während der Vertragsdauer altersbedingt Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes ein, so beeinträchtigen sie den Fortbestand Ihres Vertrages nicht.
Sollten Sie auf die Dauer vollständig pflegebedürftig oder von Geisteskrankheit befallen werden, so müssen Sie uns dies bekanntgeben. Sie sind dann nämlich nach § 3 AUB 95 der *Continentale* nicht mehr versicherungsfähig und der Versicherungsvertrag ist zu beenden.
- **Meldung eines Unfalles**
Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist dem Versicherer **unverzüglich** anzuzeigen.
Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei der *Continentale* an.
Telefon-Nr.: 02 31/9 19-23 13.
Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.
Telefax-Nr.: 02 31/9 19-17 49.
In solchen Fällen ist außerdem unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluß fortzusetzen.

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

Sie erleichtern uns die Bearbeitung Ihrer Anliegen, wenn Sie stets die Versicherungsschein-Nummer angeben. Aus demselben Grund sollten Sie jede **Wohnsitzänderung sofort mitteilen**.

Steuertip:

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

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

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

Fragen/Beschwerden

Wenn Sie einmal Fragen zu Ihrer Versicherung haben, dann rufen Sie uns einfach an oder schreiben Sie uns. Die Service-Stellen, an die Sie sich wenden können, haben wir auf dem Versicherungsschein oben rechts ausgedruckt. Wir werden alles schnell und unbürokratisch für Sie regeln. Sollten Sie einmal Anlaß zu einer Beschwerde haben, werden wir Ihrem Anliegen auch **unverzüglich nachgehen**; denn es ist unser Ziel, daß Sie mit uns zufrieden sind.

Unabhängig davon können Sie auch die zuständige Aufsichtsbehörde informieren, das **Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen**, Ludwigkirchplatz 3-4, 10664 Berlin.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale)

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungsarten die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfaßt Unfälle in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I. (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, daß er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - (4) Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- (5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, daß er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II. (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 - (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlaßt waren.
 - (3) Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
 - (4) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
 - (2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluß bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat alle Antragsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Obliegenheit kann der Versicherer nach den Bestimmungen der §§ 16 bis 22 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (siehe im Anhang zu diesen Bedingungen) vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten und leistungsfrei sein.

§ 3b Widerrufs- und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

- I. Der Versicherungsnehmer hat bei einem mehrjährigen Vertrag ein gesetzliches Widerrufsrecht, über das er belehrt werden muß. Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrages für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist. Unterbleibt die Belehrung, erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung des ersten Beitrages.
- II. Werden die für den Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen oder die weitere für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformation erst zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt, hat der Versicherungsnehmer anstelle des Widerrufsrechts nach I. ein gesetzliches Widerspruchsrecht, über das er belehrt werden muß.

Fehlt diese Belehrung oder liegen dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen oder die Verbraucherinformation nicht vollständig vor, kann dieser noch innerhalb eines Jahres nach Zahlung des ersten Beitrages widersprechen.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ Vorvertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner
 - (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

Die Kündigung muß spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 - (2) zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als fünf Jahren vereinbart wurde.

Die Kündigung muß spätestens drei Monate vor Ablauf des fünften oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;

Hinweis

§ 4 II. (2) gilt für alle Versicherungsverträge, die seit dem 25. Juni 1994 geschlossen wurden. Für vom 1. Januar 1991 bis zum 24. Juni 1994 geschlossene Verträge gilt die folgende Regelung: „Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jeden darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen, es sei denn, daß der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich vor Abschluß des Vertrages auch Verträge für die Dauer von einem Jahr, drei, fünf und zehn Jahren angeboten hat und dabei auf Verträge mit einer Dauer von fünf und mehr Jahren einen Prämiennachlaß einräumt, dessen Vomhundertsatz mindestens der Dauer der Laufzeit entspricht“.

(3) wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.

Die Kündigung muß spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.

- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten.

Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig.

Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

- II. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 38 und 39 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Rückständige Folgebeiträge können nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 39 Abs. 1 VVG gesetzten Zahlungsfristen gerichtlich geltend gemacht werden.
- III. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.
- IV. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.
 - (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne daß eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.
- (3) a) Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt,
 - wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder
 - wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt

- bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalles
- die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
 - wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluß auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

(1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht. Die Invalidität muß innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

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

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

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines	

bis zur Mitte des Oberschenkels eines Beines	60 %
bis unterhalb des Knies eines Beines	50 %
bis zur Mitte des Unterschenkels eines Fußes im Fußgelenk	45 %
einer großen Zehe	40 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	2 %
des Gehörs auf einem Ohr	50 %
des Geruchs	30 %
des Geschmacks	10 %
	5 %

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

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

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

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

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

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

II. Übergangsleistung

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krank-

heiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld

- (1) Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- (2) Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

- (1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- (2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

- (1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage, und zwar

für den 1. bis 10. Tag	100 %
für den 11. bis 20. Tag	50 %
für den 21. bis 100. Tag	25 %

des Krankenhaustagegeldes.

- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfalleistung

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

§ 8 Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, daß die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.
- IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalls trägt der Versicherer.
- V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VII. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der

Leistungspflicht frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Unfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluß des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer

bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,

bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,

bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz.

bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

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

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

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

- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muß seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

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

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die Vermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
- II. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 14 Rentenzahlung bei Invalidität

- I. Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 7 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitalleistung von 1.000 DM die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente in DM für	
	Männer	Frauen
65	106,22	87,89
66	110,52	91,34
67	115,08	95,08
68	119,90	99,13
69	125,01	103,52
70	130,41	108,29
71	136,12	113,46
72	142,16	119,08
73	148,57	125,16
74	155,38	131,75
75	162,65	138,89

und darüber.

- II. Die Rente wird vom Abschluß der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt.

Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

- III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 15 Verjährung und Klagefrist

- I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

- II. Vom Versicherer nicht anerkannte Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer ab Zugang der Erklärung des Versicherers eine Frist von sechs Monaten verstreichen läßt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen.

Die Frist beginnt mit dem Zugang der abschließenden schriftlichen Erklärung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer in seiner Erklärung auf die Notwendigkeit der gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hatte.

§ 16 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

- II. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

§ 17 Schlußbestimmung

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

Die nachfolgenden Zusatzbedingungen und Besonderen Bedingungen haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind.

Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung

1. Ohne zusätzlichen Beitrag besteht in der Einzel-Unfallversicherung während der Wirksamkeit des Vertrages Versicherungsschutz für hinzukommende Angehörige des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en), nämlich
 - den Ehepartner, für zwei Monate ab Eheschließung;
 - leibliche Kinder, für zwei Monate ab Vollendung der Geburt.

(Familien-Vorsorge-Versicherung)

2. Wird die Eheschließung oder die Geburt innerhalb dieses Zeitraumes dem Versicherer schriftlich unter Vorlage der entsprechenden amtlichen Dokumente angezeigt, verlängert sich der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Angehörigen um weitere vier Monate.

3. Die Versicherungssummen für die Familien-Vorsorge-Versicherung betragen je hinzukommender Person

100.000 DM	Invaliditätsleistung (ohne Progression und Mehrleistung)
5.000 DM	Übergangsleistung
20 DM	Krankenhaustagegeld
20 DM	Genesungsgeld
20.000 DM	Todesfalleistung sowie
3.000 DM	Bergungskosten

Soweit im Vertrag die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe und zeitweise erhöhtem Krankenhaustagegeld vereinbart sind, gelten diese Leistungsverbesserungen auch im Rahmen der Familien-Vorsorge-Versicherung. Die Versicherungssumme für Bergungskosten erhöht sich dann auf 5.000.- DM.

4. Bestehen bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Familien-Vorsorge-Versicherungen, können Leistungen für die hinzukommende Person nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

5. Der Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder gilt nicht, wenn diese bei der Continentale Sachversicherung AG selbst unfallversichert sind. Er erlischt, sobald für die genannten Personen eine Unfallversicherung bei der Continentale Sachversicherung AG abgeschlossen wird, und zwar mit Beginn dieser Unfallversicherung.

6. Der Versicherungsschutz der Familien-Vorsorge-Versicherung besteht im Rahmen der AUB 95 der Continentale.

Die in Ziffer 3 dieser Zusatzbedingungen festgelegten Versicherungssummen nehmen an einem für den Vertrag vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag bzw. an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung (KIUV 90)

- I. (1) Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:

- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im

Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrages zum bisherigen Beitrag.

- (2) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß Nummer (1) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach Nummer (1) Buchstabe b) fort.

- II. (1) In Abänderung von § 2 II. (4) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentli-

cher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

- (2) Dieser Einschluß gilt nur für Kinder, die im Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Abweichend von § 11 IV. der AUB 95 der Continentale wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

IV. Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes für das jeweilige Kind das 60.

Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von § 4 II. – IV. der AUB 95 der Continentale folgendes:

(1) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, so wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

(2) Beim Tode des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gilt Nummer (1) nicht.

Zusatzbedingungen für den Einschluß von Schulausfallgeld in die Kinder-Unfallversicherung

1. In Erweiterung zu § 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) erstreckt sich die Versicherung auf ein Schulausfallgeld in Höhe des vertraglich vereinbarten Tagessatzes.

2. Kann der Versicherte wegen eines Unfalles nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen, wird Schulausfallgeld wie folgt gezahlt:

ab 20. Schulausfalltag 40%

ab 100. Schulausfalltag 60%

ab 160. Schulausfalltag 100%

des versicherten Tagessatzes.

3. Das Schulausfallgeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet, gezahlt. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

4. In Ergänzung von § 9 AUB 95 der Continentale ist jeder Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Schule zu begründen.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 ● Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

(1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.

(2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitglieder-listen zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.

(3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluß des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt

versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

(4) Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

(5) Unterläßt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach

Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherte berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2 ● Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzu-melden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Per-sonen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des einzelnen ohne Angabe von Gründen abzu-

lehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Bei-trag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Ver-sicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3 ● Vertragsdauer

(Zusatz zu § 4 AUB 95 der Continentale)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versi- cherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Ver- sicherungsnehmers oder aus der Vereini- gung ausscheidet,
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäfti- gung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgese- hen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (§ 11 AUB 95 der Continentale) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Fest- stellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, daß der Versiche- rungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungs- schutz weiter.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe und zeitweise erhöhtem Krankenhaustagegeld

- I. In Abänderung des § 7 I. (2) a) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) gelten folgende Prozentsätze: Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Aus- schluß des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität

bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
einer Hand im Handgelenk	65 %

eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	15 %
eines anderen Fingers	8 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
eines Fußes im Fußgelenk	50 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	60 %

des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	8 %
II. Das Krankenhaustagegeld nach § 7 IV. (1) AUB 95 der Continentale wird vom 1. bis 10.	

Kalendertag einschließlich in doppelter Höhe gezahlt. Für das Genesungsgeld nach § 7 V. (1) AUB 95 der Continentale wird der einfache Krankenhaustagegeldsatz zugrunde gelegt.

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

1. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, daß nach Abschluß der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
3. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genußmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 91)

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Bestehen für den Versicherten bei der Continentale Sachversicherung AG, Dortmund, mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

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

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50 Prozent, wird – eventuell zusätzlich zu einer Invaliditätsleistung – unabhängig vom Lebensalter des Versicherten die im Versicherungsschein festgelegte Unfallrente gezahlt.

Dieser Invaliditätsgrad bemißt sich nach den Grundsätzen des § 7 I. Ziffern (2) und (3) AUB 95 der Continentale; er kann gemäß § 11 IV. AUB 95 der Continentale auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen eine Frist von fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Bei der Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Für die Unfallrente findet § 8 AUB 95 der Continentale keine Anwendung. Bei einer

zusätzlichen Invaliditätsleistung eventuell vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

2. In Abänderung des § 14 II. AUB 95 der Continentale wird die Unfallrente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - a) der Versicherte stirbt oder
 - b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, daß eine nach Ziffer 1. Satz 2 oder 3 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, daß der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.
3. Zusätzlich werden 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt, wenn der Versicherte – gleichgültig, aus welcher Ursache – stirbt und
 - a) ein Anspruch auf eine Unfallrente bereits anerkannt war oder
 - b) aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde mit der Anerkennung eines solchen Anspruchs zu rechnen gewesen wäre.

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

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50 Prozent, wird – eventuell zusätzlich zu einer Invaliditätsleistung – unabhängig vom Lebensalter des Versicherten die im Versicherungsschein festgelegte Unfallrente gezahlt.

Dieser Invaliditätsgrad bemißt sich nach den Grundsätzen des § 7 I. Ziffern (2) und (3) AUB

95 der Continentale; er kann gemäß § 11 IV. AUB 95 der Continentale auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen eine Frist von fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Bei der Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis

hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Für die Unfallrente findet § 8 AUB 95 der Continentale keine Anwendung. Bei einer zusätzlichen Invaliditätsleistung eventuell vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

2. In Abänderung des § 14 II. AUB 95 der Continentale wird die Unfallrente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - a) der Versicherte stirbt oder
 - b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, daß eine nach Ziffer 1. Satz 2 oder 3 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung

ergeben hat, daß der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.

3. Die anerkannte Unfallrente steigt jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vertraglich vereinbarten Prozentsatz. Dabei wird der Betrag der Unfallrente kaufmännisch auf volle DM aufgerundet. Die jährliche Erhöhung der anerkannten Unfallrente erfolgt letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird.
4. Zusätzlich werden 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt, wenn der Versicherte – gleichgültig, aus welcher Ursache – stirbt und
 - a) ein Anspruch auf eine Unfallrente bereits anerkannt war oder
 - b) aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde mit der Anerkennung eines solchen Anspruchs zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung

1. In Ergänzung zu § 7 AUB 95 der Continentale erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen:

Querschnittslähmung
nach Schädigung des Rückenmarks

Amputation
mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand

Schädel-, Hirn-Verletzung
mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma**
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) 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 eines inneren Organs

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

Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung
beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

- 2.a) Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 8 AUB 95 der Continentale entsprechende Anwendung.
- b) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

1. Die Versicherung umfaßt nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufes und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
 - a) § 6 der AUB 95 der Continentale entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.
 - b) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen. Der Vertrag besteht gemäß § 6 der AUB 95 der Continentale fort.
 - c) Wird der Versicherte wieder durch eine Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt er erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so ist dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten. Von dem Tage ab, der dem Eingang der Anzeige beim Versicherer folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form nach Nummer 1 dieser Besonderen Bedingungen.
2.
 - a) § 6 der AUB 95 der Continentale entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.
 - b) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen. Der Vertrag besteht gemäß § 6 der AUB 95 der Continentale fort.
 - c) Wird der Versicherte wieder durch eine Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt er erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so ist dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten. Von dem Tage ab, der dem Eingang der Anzeige beim Versicherer folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form nach Nummer 1 dieser Besonderen Bedingungen.
3. Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Modell I) – 225 Prozent –

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert: Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Modell I

Hilftabelle

zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (Modell II) – 300 Prozent –

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert. Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme.

Modell II

Hilftabelle

zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 300 Prozent) und einer gesonderten Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Modell II plus

1. § 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Diese Leistungsstaffel gilt nicht für Verletzungsfälle, die bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent nach Nummer 2 zu entschädigen sind.

2. § 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die vierfache Invaliditätsleistung.

Die Leistung bis zu einem Invaliditätsgrad von 89 Prozent ist aus der „Hilfstabelle zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung (Modell III – 300 Prozent –“ ersichtlich, und die gesonderte Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent aus der nachfolgenden Tabelle:

von % auf %	von % auf %	von % auf %	von % auf %	von % auf %	von % auf %
90 360	92 368	94 376	96 384	98 392	100 400
91 364	93 372	95 380	97 388	99 396	

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit besonders erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (Modell III) – 350 Prozent –

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

Modell III

- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle

zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit besonders erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 Prozent) und einer gesonderten Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

1. § 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Diese Leistungsstaffel gilt nicht für die Verletzungsfälle, die bei einem Invaliditätsgrad von

Modell III plus

mindestens 90 Prozent nach Nummer 2 zu entschädigen sind.

2. Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die viereinhalbfache Invaliditätsleistung.

Die Leistung bis zu einem Invaliditätsgrad von 89 Prozent ist aus der „Hilfstabelle zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung (Modell III) – 350 Prozent –“ ersichtlich, und die gesonderte Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent aus der nachfolgenden Tabelle:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
90	405	92	414	94	423	96	432	98	441	100	450
91	409,5	93	418,5	95	427,5	97	436,5	99	445,5		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1000 Prozent –

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95 der Continentale) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünf-fache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebzehnfache Invaliditätssumme.

Modell X

Hilfstabelle

zur Berechnung der progressiven Invaliditätsleistung

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

1. Die Versicherungssummen werden jeweils um den Prozentsatz erhöht, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend DM, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle DM, für Übergangsleistungen auf volle Hundert DM, für

Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf volle Hundert DM, für Schulausfallgeld (Zusatzbedingungen für den Einschluß von Schulausfallgeld in die Kinder-Unfallversicherung) auf volle DM, für Unfallrente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente) bzw. Unfallrente

mit jährlicher Rentenerhöhung (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente mit jährlicher Rentenerhöhung) auf volle Fünf DM und für Sofortleistung (Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung) auf volle Hundert DM aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch

sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nr. 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs und Leistung fortgeführt.

5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Die Vereinbarung über die Erhöhung von Versicherungssummen und Beiträgen endet, wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart jeweils beantragte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 Prozent

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um jeweils 5 Prozent erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend DM, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle DM, für Übergangsleistungen auf volle Hundert DM, für Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf volle Hundert DM, für Schulausfallgeld (Zusatzbedingungen für den Einschluß von Schulausfallgeld in die Kinder-Unfallversicherung) auf volle DM, für Unfallrente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente) auf volle Fünf DM und für Sofortleistung (Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung) auf volle Hundert DM aufgerundet.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages.

Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.

4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nr. 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Die Vereinbarung über die Erhöhung von Versicherungssummen und Beiträgen endet, wenn der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart jeweils beantragte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Altersgrenzen

Die Einstufung in Gefahrengruppe K (Kindertarif) gilt bis zum 16. Lebensjahr, auch wenn bereits eine Berufstätigkeit ausgeübt wird. Nichterwerbstätige Kinder können bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nach Gefahrengruppe K versichert werden. In den Fällen, in denen die Einstufung nach dem Kindertarif (Gefahrengruppe K) erfolgt, gelten die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung (KIUV 90). Im Invaliditätsfall erfolgt eine Kapitalzahlung gemäß § 7 I (1) AUB 95 der Continentale. Hat der Versicherte am Unfalltag das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Invaliditätsleistung in Form einer Rente gewährt (s. § 7 I. (1) und § 14 AUB 95 der Continentale). Über das 75. Lebensjahr hinaus kann die Versicherung zu den vereinbarten Bedingungen und Beiträgen nicht fortgeführt werden.

Gefahrengruppen-Zuordnung

Die Beiträge für Erwachsene richten sich nach der ausgeübten Tätigkeit. Bei Erwerbstätigen mit normalem Risiko erfolgt die Einstufung in Gefahrengruppe A. Bei Erwerbstätigen mit erhöhtem Risiko ist die Gefahrengruppe B mit entsprechend erhöhten Beiträgen vorgesehen. Für nicht Erwerbstätige ohne Berufsrisiko ist die Gefahrengruppe N vorgesehen.

Wichtig!

Alle späteren Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung sind unverzüglich anzuzeigen, da die Tätigkeit die jeweilige Gefahrengruppen-Einstufung bestimmt.

Zugehörigkeit zum Tarif für den öffentlichen Dienst

Die Zugehörigkeit zum Beamtentarif liegt vor, wenn für den Versicherungsnehmer eine B-Berechtigung in der Kraftfahrzeugversicherung gegeben ist. Der Tarif für den öffentlichen Dienst gilt so lange, bis der Versicherungsnehmer aus dem öffentlichen Dienst ausscheidet bzw. das Dienstverhältnis als Beamter (außer Ruhestand/Pensionierung) endet. Ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres ist dann der Beitrag des Normaltarifs zu zahlen.

Im einzelnen gilt:

- (Mit-)Versicherung von Angehörigen
Gehört der Versicherungsnehmer zum im Beamtentarif versicherbaren Personenkreis, sind

bei häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer bestimmte Angehörige (mit-)versicherbar:

- Ehepartner und Personen, die mit dem Versicherungsnehmer in einem eheähnlichen Verhältnis leben;
- Kinder (gleichgestellt sind Adoptiv- und Stief-/Enkelkinder, nicht aber Pflegekinder). Eine Mitversicherung scheidet aus nach Eintritt der Volljährigkeit, wenn die Kinder nach der Beendigung der Ausbildung über ein eigenes Einkommen verfügen. Dies gilt auch, sofern eine Berufstätigkeit ohne vorherige Ausbildung aufgenommen wird.

- Einstufung von Pensionären und sonstigen Personen im Ruhestand

Tritt der B-Berechtigte (Beamter, Richter, Angestellter bzw. Arbeiter im öffentl. Dienst oder sonst B-Berechtigte) in den Ruhestand (auch Vorruhestand z. B. wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit), bleibt es bei der Einstufung in den Beamtentarif, wenn für ihn bereits vor dem Ruhestand bei der Continentale eine Unfallversicherung im Beamtentarif bestand. Die zukünftige Gefahrengruppe bestimmt sich in jedem Fall nach der tatsächlich ausgeübten (auch geringfügigen) Beschäftigung und nicht nach der vor dem Ruhestand ausgeübten Tätigkeit.

Leistungsverbesserungen (Tarife UN-/UB-Super Plus)

Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe und zeitweise erhöhtem Krankenhaustagegeld sowie Beitragsnachlaß 100 % für das 3. und jedes weitere nach dem Kindertarif versicherte Kind, soweit und solange mehr als 2 Kinder nach dem Kindertarif versichert sind.

Bündelnachlaß

Wird zur beantragten Unfallversicherung gleichzeitig der Abschluß einer privaten Haftpflicht- und/oder Sachversicherung (Hausrat-, Gebäude- und/oder Glasversicherung) beantragt oder bestehen bereits derartige Verträge nach den jeweils aktuellen Bedingungen und Beiträgen, wird bei zweifacher Kombination ein Nachlaß von 5 % und bei dreifacher Kombination ein Nachlaß von 10 % gewährt.

Entfallen diese Voraussetzungen ganz oder teilweise, wird für den (die) verbleibenden Vertrag (Verträge) der eingeräumte Nachlaß gestrichen oder reduziert.

Treuenachlaß

Bei Vereinbarung einer Vertragslaufzeit von 5 Jahren (gilt nicht, sofern unser Tarif im Einzelfall nur eine kürzere Laufzeit zuläßt) und aktuellen Bedingungen/ Beiträgen ist ein Treuenachlaß einzuräumen, sofern die Versicherung mindestens 4,5 Jahre bestanden hat. Der Treuenachlaß muß ausdrücklich im Rahmen einer Vertragsneuordnung beantragt werden. Die Höhe des Nachlasses richtet sich nach der für den Versicherungsnehmer schon erreichten Laufzeit.

4,5 Jahre = 5 %

9,5 Jahre = 10 %

14,5 Jahre = 15 %

19,5 Jahre = 20 %

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen**§ 16**

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 17

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist

des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 38

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung

kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, soweit nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Die Continentale bietet ihren Kunden im Rahmen der Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung eine besondere Leistung.

In der Einzel-Unfallversicherung wird für hinzukommende Angehörige (Ehepartner sowie neugeborene leibliche Kinder) des Versicherungsnehmers bzw. einer versicherten Person beitragsfreier Versicherungsschutz bis zu 6 Monaten in Höhe des nachfolgenden Versicherungsumfanges geboten:

Invalidiätsleistung	100.000 DM
(ohne Progression und Mehrleistung)	
Übergangsleistung	5.000 DM
Krankenhaustagegeld	20 DM
Genesungsgeld	20 DM
Todesfallleistung	20.000 DM
Bergungskosten	3.000 DM

Sind die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe und zeitweise erhöhtem Krankenhaustagegeld in dem Vertrag mitversichert, so beziehen sich diese auch auf die beitragsfreie Familien-Vorsorge-Versicherung. So wird beim unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt ein Krankenhaustagegeld vom 1. bis einschließlich 10. Kalendertag in doppelter Höhe, also

40 DM, gezahlt. Außerdem wird bei Eintritt einer unfallbedingten Invalidiät die verbesserte Gliedertaxe zugrundegelegt. Die versicherten Bergungskosten betragen sogar 5.000 DM.

Die oben festgelegten Versicherungssummen nehmen an einer dynamischen Anpassung nicht teil.

Es wird Versicherungsschutz im Rahmen der Familien-Vorsorge-Versicherung für die Dauer von 2 Monaten nach der Eheschließung bzw. der Geburt eingeräumt.

Dieser beitragsfreie Versicherungsschutz kann um weitere 4 Monate verlängert werden, wenn innerhalb von 2 Monaten ab Heirat bzw. Geburt bei der Continentale Sachversicherung AG die Heirats- bzw. Geburtsurkunde vorgelegt wird.

Hiermit wird die Möglichkeit gegeben, dem Ehepartner bzw. dem neu geborenen Kind einen 6monatigen, beitragsfreien Versicherungsschutz zu gewähren.

Voraussetzung für diesen Vorsorgeschutz ist, daß der genannte Personenkreis nicht bereits bei der Continentale unfallversichert ist. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn für diese Personen bei der Continentale eine Unfallversicherung eingerichtet wird und zwar mit Beginn dieser Unfallversicherung.

Um uns die Eheschließung bzw. die Geburt des Kindes anzuzeigen, können Sie das Meldeformular auf der nächsten Seite benutzen. Vergessen Sie bitte nicht, auch die erforderlichen amtlichen Dokumente beizufügen. Senden Sie bitte die Unterlagen an:

Continentale Sachversicherung AG

Ruhrallee 92-94

D-44139 Dortmund

Anzeige der Heirat bzw. der Geburt im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung

Einzel-Unfallversicherung Nr.: _____

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

die Eheschließung von Herrn/Frau _____ am _____ mit Herrn/Frau _____
Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person Name des Ehegatten

die Geburt des leiblichen Kindes _____ von Herrn/Frau _____ am _____
Name des Kindes Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz in meinem bestehenden Unfallversicherungsvertrag gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt. Eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde liegt bei.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/ der Versicherungsnehmerin

Anzeige der Heirat bzw. der Geburt im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung

Einzel-Unfallversicherung Nr.: _____

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

die Eheschließung von Herrn/Frau _____ am _____ mit Herrn/Frau _____
Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person Name des Ehegatten

die Geburt des leiblichen Kindes _____ von Herrn/Frau _____ am _____
Name des Kindes Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz in meinem bestehenden Unfallversicherungsvertrag gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt. Eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde liegt bei.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/ der Versicherungsnehmerin