

Allgemeine Gruppenunfall-Versicherungsbedingungen 2019 (AUB 2019 Gruppen-UV)

Stand: 1. April 2019

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 später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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.

Die Ziffern 1–19 dieser AUB gelten für beide Produktvarianten (Silber und Gold), unter Ziffer 20 sind die geltenden Erweiterungen aufgeführt, wenn Sie die Produktvariante Gold mit uns vereinbart haben. Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Produktvariante für Sie und/oder Ihre Mitarbeiter gilt und auch welche zusätzlichen Besonderen Bedingungen vereinbart wurden.

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, die in ihrem Unternehmen angestellt sind.

Inhalt

1 Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich und Deckungsumfang
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
- 1.5 Einschränkungen der Leistungspflicht

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

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.3 Unfall-Tagegeld
- 2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld
- 2.5 Todesfallleistung
- 2.6 Such-, Bergungs- und Rückholkosten
- 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
- 2.8 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen
- 2.9 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse
- 2.10 Updategarantie
- 2.11 Leistungserweiterungen für die Gruppenunfall-Versicherung

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 Welche Besonderheiten gelten zur Gruppenunfall-Versicherung? Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Leistungseinschränkungen wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat

- 6.1 Welche Besonderheiten gelten zur Gruppenunfall-Versicherung?
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.3 Leistungseinschränkungen wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat

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 Invaliditätsgrades
- 9.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
- 10.3 Einstellung des Betriebes oder Insolvenzverfahren
- 10.4 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.5 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit
- 10.6 Versicherungsjahr

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

- 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

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 Gestrichen

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 Tarifanpassung

19 Welches Recht findet Anwendung?

20 Erweiterungen und Leistungsverbesserungen in der Produktvariante Gold

Anhang:

- U 901 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen
- U 903 Besondere Bedingungen für die verbesserte Gliedertaxe 100
- U 906 Besondere Bedingungen für die Hilfeleistungen nach Unfällen
- U 907 Besondere Bedingungen für den Aktivschutz
- U 908 Besondere Bedingungen für das Schmerzengeld
- U 913 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität
- U 914 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität
- U 916 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 40 % Invalidität
- U 917 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 40 % Invalidität
- U 921 Besondere Bedingungen für den Direktanspruch

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person, während der Wirksamkeit des Vertrages.

1.2 Geltungsbereich und Deckungsumfang

Welcher Deckungsumfang für die versicherte Person gilt, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

1.2.1 Berufliche und private Unfälle (24 Stunden Deckung)

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt im beruflichen und privaten Bereich.

1.2.2 Berufs- und Wegeunfälle

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für Unfälle die die versicherte Person

- bei Ausübung der angegebenen beruflichen Tätigkeit oder
- auf den direkten Hin- und Rückweg zwischen ihrem Wohnsitz und der versicherten Tätigkeit (Arbeitsplatz)

erleidet.

Bei persönlich motivierten Umwegen oder längeren Unterbrechungen des Arbeitswegs entfällt der Versicherungsschutz. Für folgende notwendige Umwege bleibt der Versicherungsschutz jedoch bestehen:

- Unterbringung der Kinder während der Arbeitszeit
- bei Fahrgemeinschaften
- bei Umleitungen
- wenn der Arbeitsplatz über einen längeren Weg schneller erreicht werden kann
- wenn diese in einem rechtlich wesentlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen

1.3 Unfallbegriff

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) liegt ein Unfall nur dann vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Wir bieten Ihnen einen wesentlich umfangreicheren Versicherungsschutz. In welchen Fällen wir ebenso eine Leistung aus der Unfallversicherung erbringen, entnehmen Sie bitte der Ziffer 1.4.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leistenbruch) zuzieht.

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schrankes einen Leistenbruch zu.

- einen Knochen bricht.
- einen Meniskusschaden zuzieht.

Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb sind sie von dieser Regelung nicht erfasst.

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.

1.4.2 Versichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen infolge von Eigenbewegungen. Diese Erweiterung gilt aber nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und bei Blutungen innerer Organe.

1.4.3 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

Beispiel: Die versicherte Person schlägt mit der Faust eine Scheibe ein, um eine in Lebensgefahr befindliche Person aus einem verschlossenen Raum zu befreien. Dabei wird eine Sehne in der Hand der versicherten Person schwer verletzt.

1.4.4 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre),
- Alkoholvergiftungen (solange sie das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat),
- Nahrungsmittelvergiftungen,
- Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren durch besondere Umstände bis zu 10 Stunden ausgesetzt gewesen ist,
- Pflanzenvergiftungen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,
- Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser- und ultravioletten Strahlen,
- Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen,
- mechanischer (z. B. Sturz), chemischer (z. B. Verätzung) oder elektrischer (z. B. Stromschlag) Einwirkung

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ausgeschlossen bleiben

- Schäden durch Kernenergie,
- Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten,
- Berufskrankheiten,
- allmählich erlittene Gesundheitsschäden, wenn die versicherte Person den Einwirkungen länger als 10 Stunden ausgesetzt war.

1.4.5 Mitversichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen durch

- Ertrinken,
- Ersticken,
- Erfrieren, auch von einzelnen Körperteilen,
- Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug,
- die Nicht- oder Falscheinahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme oder aufgrund einer Notsituation, aus der sich die versicherte Person nicht aus eigener Kraft befreien kann. In diesem Fall verzichten wir auch auf eine Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten gemäß Ziffer 3,

solange die versicherte Person die Gesundheitsschädigung unfreiwillig erlitten hat.

1.4.6 Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. In den nachfolgenden Situationen erweitern wir den Versicherungsschutz und leisten trotz einer aufgetretenen Bewusstseinsstörung für Unfallfolgen durch

- einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

Beispiel: Sie erleiden am Steuer eines Pkw einen Schlaganfall und kollidieren deshalb mit einem Baum. Die daraus entstehenden Kopfverletzungen sind versichert. Für den als direkte Folge des Schlaganfalles gelähmten Arm können wir keine Leistung erbringen.

- Alkoholkonsum, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 2 Promille beträgt – beim Lenken von Kraftfahrzeugen nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,1 Promille beträgt.

- Einnahme von Medikamenten. Führt die Einnahme von Medikamenten, durch eine versehentliche Falscheinahme oder durch Nebenwirkungen, zu einer Bewusstseinsstörung, in deren Folge ein Unfall passiert, übernehmen

wir auch dafür den Versicherungsschutz. Ausgeschlossen davon bleibt aber der Medikamentenmissbrauch.

- ungewollte Einnahme von sogenannten „K.o.-Tropfen“, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.

Grundsätzlich bieten wir keinen Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch

- den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen,
- einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall,
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle,
- eine witterungsbedingte Bewusstseinsstörung einen Unfall erleidet.

1.4.7 Infektionen

1.4.7.1 Es besteht Versicherungsschutz für Infektionen, die durch Hautverletzungen von Tieren oder Insekten (z. B. Bisse oder Stiche) übertragen wurden (z. B. Meningitis).

Ereignet sich die Hautverletzung vor Vertragsbeginn, besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens drei Monate nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit).

1.4.7.2 Ebenso besteht Versicherungsschutz für

- Wundinfektionen, Blutvergiftungen, Wundstarrkrampf und Tollwut,
- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe der versicherten Person entstanden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich waren.

1.4.7.3 Erleidet die versicherte Person nach einer erfolgten Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung

1.4.8 Ebenfalls besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person beim Tauchen eine tauchtypische Gesundheitsschädigung wie z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation erleidet.

1.4.9 Bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (das sind z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten), besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Ebenso sind Unfälle versichert, die der versicherten Person als Fahrer eines Leih- oder Mietkarts auf einer öffentlichen Kartbahn in Europa passieren.

Zu den versicherten Fahrtveranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings). Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

In jedem Fall besteht kein Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen, bei denen es auf die, auch nur teilweise, Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit oder auch einer maximalen Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Ebenso gewähren wir grundsätzlich keinen Versicherungsschutz für die Teilnahme an lizenzpflichtigen Motorsportveranstaltungen. Auch besteht bei jeglichen Übungs- und Trainingsfahrten zu Motorsportrennen oder Motorrennsportarten kein Versicherungsschutz.

1.4.10 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

Als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug) besteht der vereinbarte Versicherungsschutz. Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z. B. einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung.

Dem Flugschüler in der Ausbildung zur Führung eines Luftfahrzeuges gewähren wir ebenfalls den vereinbarten Versicherungsschutz, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Lizenz zum Fliegen erforderlich ist.

Sobald die versicherte Person eigenständig und eigenverantwortlich ein Luftfahrzeug führt, wofür eine Lizenz erforderlich ist, besteht kein Versicherungsschutz (Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger).

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ein sonstiges Besatzungsmitglied (wie z. B. Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter) ist.

Ausgenommen bleiben Personen, die nicht zur Besatzung zählen, mithilfe des Luftfahrzeuges jedoch ihre berufliche Tätigkeit ausüben (z. B. für Luftaufnahmen zur Verkehrsüberwachung oder als Arzt/medizinisches Personal bei Rettungs- und Sanitätsflügen). Für diese Personen besteht somit Versicherungsschutz, solange sie das Fluggerät nicht selbst steuern.

Das Kitesurfen sehen wir nicht als Luftsportrisiko an, sodass bei der Ausübung der Versicherungsschutz uneingeschränkt besteht.

1.4.10.1 Versicherungsschutz besteht je versicherter Person in Höhe der vereinbarten Versicherungssummen; die Höchstleistung beträgt jedoch für jede versicherte Person

- 2.000.000 EUR für den Invaliditätsfall (einschl. Mehrleistung gemäß progressiver Invaliditätsstaffel)
- 1.000.000 EUR für den Todesfall
- 3.000 EUR für die monatliche Unfall-Rente
- 200 EUR für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
- 200 EUR für Tagegeld

Bestehen für die versicherte Person bei der Basler Sachversicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, so gelten die vorstehenden Höchstleistungen für alle Versicherungen zusammen (ausgenommen hiervon sind spezielle Luftfahrt-Unfallversicherungen).

Benutzen mehrere durch diesen Versicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Summe von

- 20.000.000 EUR für den Invaliditätsfall (einschl. Mehrleistung gemäß progressiver Invaliditätsstaffel)
- 10.000.000 EUR für den Todesfall
- 30.000 EUR für die monatliche Unfall-Rente
- 2.000 EUR für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
- 2.000 EUR für Tagegeld

Übersteigen die vereinbarten Versicherungssummen (einschl. Mehrleistungen) für die betreffenden versicherten Personen die vorstehenden Höchstleistungen, ermäßigen sich die für die einzelne versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen (einschl. Mehrleistungen) im entsprechenden Verhältnis. Die Entschädigungsleistung je einzelne versicherte Person ist dabei in jedem Fall auf die Höchstleistung gemäß Absatz 1 begrenzt.

1.4.11 Ist die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) oder entmündigt, bieten wir Versicherungsschutz für Unfälle

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein oder beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeuges (§ 248b StGB). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

1.4.12 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe des täglichen Lebens - dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut.

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

Alle weiteren Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person bleiben aber ausgeschlossen.

1.4.13 Versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Dies gilt jedoch nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Kriegs oder Bürgerkriegs in das Krisengebiet begeben,
- bei der aktiven Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versichert sind aber Unfallfolgen durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden, sowie durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Auch gelten Unfälle bei Raufhändeln und Schlägereien als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändeln und Schlägereien verwickelt war.

1.5 **Einschränkungen der 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 Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten, wenn unfallbedingt die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invaliditätsleistung

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 18 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 Todesfallleistung (Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung.

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 Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Sinnesorgane oder inneren Organe 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 die spätere Bemessung 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:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand einschließlich des Handgelenks	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein oberhalb der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß einschließlich des Fußgelenks	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
sofern das andere Ohr bereits vor dem Unfall vollständig funktionsunfähig war	60 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
eine Niere	20 %
beide Nieren	100 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Isterum 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, innere Organe 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, innere Organe 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: 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%ige Vorinvalidität wird 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, innere Organe oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70%) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35%). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105% ergibt, ist die Invalidität auf 100% begrenzt.

2.1.2.2.5 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 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

2.2.1.2 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.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Vorzeitige Zahlung der Übergangsleistung

Ist die versicherte Person nach Ziffer 2.2.1.1 in den ersten 3 Monaten nach dem Unfall ununterbrochen zu 100% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, zahlen wir – nach Vorlage eines ärztlichen Attestes – 50% der vereinbarten Übergangsleistung. Dieser Betrag wird auf einen weiteren Anspruch aus Ziffer 2.2.2 angerechnet.

2.3 Unfall-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte 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 Tagegeldes.

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

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

– ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

– 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.

– unterzieht sich unfallbedingt einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme oder Kur.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

– für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls,

– für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Bei einem Unfall im Ausland zahlen wir für jeden Kalendertag, den die versicherte Person vollstationär im ausländischen Krankenhaus behandelt wird, das Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe – längstens für 30 Tage.

2.4.3 Genesungsgeld

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Dann zahlen wir das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens jedoch für 150 Tage.

Haben wir für eine ambulante Operation nach den Ziffern 2.4.1 und 2.4.2 das Krankenhaustagegeld geleistet, zahlen wir ebenfalls das Genesungsgeld für 3 Tage.

2.5 Todesfalleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstirbt.

Stirbt die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall, wird die Todesfallsumme nur fällig, sofern kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht.

Nachfolgende Leistungen liegen Ihrem Vertrag immer zugrunde. Bestehen bei uns mehrere Verträge mit diesen Leistungsarten, können diese immer nur aus einem der Verträge geltend gemacht werden.

2.6 Such-, Bergungs- und Rückholkosten

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.6.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für

– Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten

oder

– ihren ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.

Einem Unfall steht 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 zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.6.1.2 Wir ersetzen die Kosten für die Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Kosten auf ärztlicher Anordnung beruhen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

Die Kosten für die Verlegung der versicherten Person in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus erstatten wir ebenfalls bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 14 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.

2.6.1.3 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.6.1.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

2.6.1.5 Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes für die verletzte Person erforderlich, übernehmen wir die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu einem Gesamtbetrag von 350 EUR.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.6.3 Unfallservice

Über unser 24-Stunden-Service-Telefon informieren wir über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

Beispiele:

– Wir organisieren ggf. einen Such-, Rettungs- oder Bergungseinsatz.

– Wir organisieren für die versicherte Person – auch bei Unfällen im Ausland – ggf. einen medizinisch sinnvollen Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zur nächsten Spezialklinik.

– Wir sorgen für eine Gesprächsvermittlung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Spezialisten bzw. Krankenhausarzt.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt nach Abschluss der Heilbehandlung und wird spätestens innerhalb von 5 Jahren nach dem über diesen Vertrag versicherten Unfall vorgenommen. Bei Unfällen Minderjähriger wird die Frist bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres verlängert.

Soweit Zähne betroffen sind und repariert oder ersetzt werden müssen, umfasst die Kostenübernahme alle natürlichen Zähne, wenn sich die notwendige Behandlung aus den Unfallfolgen ergibt und eine Behandlung nicht schon vor dem Unfall angeraten war bzw. bereits begonnen wurde.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Ansprüche gegen einen Dritten wie z. B. eine gesetzliche oder private Kranken(zusatz)-versicherung oder einen Haftpflichtversicherer gehen grundsätzlich vor.

Die dann noch verbleibenden nachgewiesenen

– Arzthonorare und sonstigen Operationskosten,

– Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

– Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,

- Zahnbehandlungs- und Zahnlaborkosten (ohne Materialkosten für den Zahnersatz)
Beispiel: In Folge eines Unfalls benötigt die versicherte Person eine Krone. Die Kosten für das Einsetzen der Krone übernehmen wir, nicht aber die Kosten für das Material der Krone.

erstaten wir insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme.

2.8 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass diese Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen. Weichen zum Schadenzeitpunkt diese Versicherungsbedingungen von denen des GDV empfohlenen Versicherungsbedingungen zu Ihrem Nachteil ab, werden wir auf Ihren Wunsch nach diesen Bedingungen regulieren.

2.9 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Diese Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung erfüllen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

2.10 Updategarantie

Werden diese, dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen oder die Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

2.11 Leistungserweiterungen für die Gruppenunfall-Versicherung

2.11.1 Lebensretter

Versicherungsschutz besteht für den/die Lebensretter während seiner/ihrer Bemühungen zur Rettung oder Bergung einer durch diesen Vertrag versicherten Person.

Die Versicherungssummen für jeden Lebensretter betragen

- für den Invaliditätsfall ohne Mehrleistung und Progression 25.000 EUR
- für den Todesfall 10.000 EUR

Ausgenommen sind Personen, die zum Zeitpunkt der Rettung oder Bergung für eine Rettungsorganisation (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz sind.

2.11.2 Firmengäste und Geschäftskunden

Für geschäftlich geladene Gäste und Geschäftskunden besteht während des gesamten Aufenthalts auf dem Betriebsgelände und den Betriebsräumen ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt solange die Kunden und Gäste sich berechtigt in den Räumen oder auf dem Gelände aufhalten.

Die Versicherungssummen für jede Person betragen

- für den Invaliditätsfall ohne Mehrleistung und Progression 25.000 EUR
- für den Todesfall 10.000 EUR

Dieser Versicherungsschutz gilt jedoch nicht für

- Publikumsverkehr
- Endkunden
- Endverbraucher
- Angehörige von Post, Kurierdiensten, Speditionen und Fuhrunternehmen, Angehörige fremder Firmen, die mit Reparaturen, Wartung oder Auslieferung von Waren beschäftigt sind

2.11.3 Einmalzahlung für Opfer einer Straftat

Wurde die im Vertrag versicherte Person – auch ohne dass sie einen Unfall im Sinne der Bedingungen erlitten hat – Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von 2.000 EUR.

Voraussetzung ist, dass die Straftat bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und protokolliert wurde. Auch muss der Raubüberfall oder die Geiselnahme im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person für den Versicherungsnehmer stehen.

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 Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder eine angeborene Sehnenverkürzung.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, mindern wir im Falle einer Invalidität den Prozentsatz des Invaliditätsgrades, im Todesfall und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil, den die Krankheit oder das Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen hat (Mitwirkungsanteil).

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für:

5.1.1 Unfälle, die der versicherten Personen dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen

5.1.2 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind

5.1.3 Sportunfälle, die die versicherte Person

- als Berufssportler oder
- als Vertragsamateur oder -sportler in der ersten, bei Handball und Eishockey in der ersten oder zweiten und bei Fußball in der ersten, zweiten oder dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse oder
- bei der Sportausübung im Rahmen der Sportförderung von Polizei, Bundeswehr und ähnlichen Einrichtungen erleidet.

Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Sportunfälle, wenn die versicherte Person aus ihrer sportlichen Tätigkeit den überwiegenden Teil ihres Einkommens bezieht. Der Ausschluss greift nicht, wenn die Bruttoeinnahmen aus dem Sport nicht mehr als 500 EUR im Monat bzw. 6.000 EUR im Jahr betragen. Zu diesen Einnahmen zählen feste Gehälter, Sieg- oder Antrittsprämie, Preisgelder, Einnahmen aus Werbeverträgen, Mäzenatentum und Sponsoring oder anderweitigen Zuwendungen..

5.1.4 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Für folgende Gesundheitsschäden besteht kein Versicherungsschutz:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Ausnahme:

- Bandscheibenschäden sind mitversichert, wenn ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 diese Gesundheitsschäden überwiegend (also zu mehr als 50%) verursacht hat.
- Für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungsschutz, wenn diese durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht sind oder ausgelöst wurden.

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

Beispiele:

- *posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angustzustände des Opfers einer Straftat*

Versicherungsschutz besteht jedoch für die psychischen und nervösen Störungen, die im Anschluss an einen Unfall auftreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6 Welche Besonderheiten gelten zur Gruppenunfall-Versicherung?

Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Leistungseinschränkungen wenn die versicherte Person da 70. Lebensjahr vollendet hat

6.1 Besonderheiten zur Gruppenunfall-Versicherung

Die Gruppenunfall-Versicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

6.1.1 Versicherungen ohne Namensangabe

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit der verletzten Person zu dem Personenkreis nicht entstehen können.

6.1.1.1 Sie sind verpflichtet, uns die Anzahl der am Tag der Hauptfälligkeit eines jeden Jahres versicherten Personen bekannt zu geben. Sind mehrere Personengruppen versichert, wird die Anzahl für jede Gruppe benötigt.

Aufgrund Ihrer Angaben erfolgt eine Anpassung für das laufende Versicherungsjahr unter Berücksichtigung des bereits angeforderten Beitrages. Eine Beitragsabrechnung für das abgelaufene Versicherungsjahr erfolgt nicht.

Unterläuft Ihnen bei der Abgabe der Meldeverfahren ein Fehler bei der Zuordnung einer versicherten Person zu den gemeldeten Gruppen, beeinträchtigt dies den Versicherungsschutz der versicherten Person nicht. Sie sind jedoch verpflichtet, sobald Ihnen das Versehen bewusst wird, uns dies anzuzeigen und den entsprechenden Beitrag zu entrichten.

6.1.1.2 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

6.1.2 Versicherungen mit Namensangabe

Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

6.1.2.1 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

6.1.2.2 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

6.1.2.3 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

6.1.2.4 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

- Berufsgruppe A

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die eine kaufmännische, verwaltende oder planende Tätigkeit ausüben. Dazu zählen z. B. Berufe in der Verwaltung, im Verkauf, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich) sowie aufsichtsführende Tätigkeiten im Betrieb oder auf Baustellen.

- Berufsgruppe B

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die eine körperliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben (einschließlich mitarbeitender Meister).

Dazu zählen z. B. Berufe im Gastgewerbe, in der Land- und Forstwirtschaft, bei der Polizei, bei der Feuerwehr, beim Zoll oder im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst der Bundeswehr.

Übt eine Person auch nur gelegentlich Tätigkeiten der Berufsgruppe B aus, wird der Beitrag der Berufsgruppe B berechnet.

6.2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst (ehem. Pflichtwehrdienst), militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für welche laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen wäre, so gilt die Anzeigepflicht nicht, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand ist. Dies gilt nicht, wenn die Gefahr erhöhende Tätigkeit in regelmäßigen Abständen wiederkehrt. In diesem Fall ist eine Änderung der Berufsgruppe erforderlich.

6.2.2 Auswirkung der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung.

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

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle des vereinbarten Deckungsumfangs der versicherten Person.

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

Wurden die Leistungsarten Hilfeleistungen nach Unfällen (U 906), Aktivschutz (U 907) und/oder Schmerzensgeld (U 908) vereinbart, ändert sich in jedem Fall der Beitrag für die versicherte Person, da diesen Leistungsarten feste Versicherungssummen/Leistungseinheiten zugrunde liegen.

6.2.3 Versehensklausel

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

6.2.4 Gefährliche/nicht versicherbare Risiken

Fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die „Gefährlichen Risiken“ nach dem vereinbarten Tarif, gilt Folgendes:

Nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung gelten für Berufsunfälle 10 % der vereinbarten Versicherungssummen.

Berufe mit gefährlichen Risiken sind z. B. Angehörige von Sondereinsatzkommandos (z. B. MEK, SEK, GSG), Leibwächter (Personenschutz); Munitionssuch- und Munitionsräumpersonal, Sprengpersonal; Taucher; Rennfahrer, Rennreiter; Tierbändiger, Artisten; Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler.

Ausnahme:

Vertragsamateure und Vertragssportler, die neben ihrer sportlichen Betätigung noch eine berufliche Tätigkeit ausüben, zählen nicht zu den „Gefährlichen Risiken“, solange sie Sport unterhalb der ersten – bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten – deutschen Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben und die Regelungen unter Ziffer 5.1.3 erfüllt sind.

6.3 Leistungseinschränkungen wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat

Hat die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 70. Lebensjahr bereits vollendet, gelten folgende Einschränkungen zu Leistungsarten oder Leistungserweiterungen, sofern im Versicherungsschein keine andere Vereinbarung mit Ihnen getroffen wurde.

– Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstaffeln (U 901):

Anstelle einer vereinbarten Plus-Progression gilt die Progression mit demselben Maximalwert (Beispiel: 500%ige Progression-Plus ist vereinbart – ab 70 Jahren gilt dann die 500%ige Progression), jedoch ohne die Verbesserungen der Plus-Progression

– Besondere Bedingungen für die verbesserte Gliedertaxe 100 (U 903)

Für Unfälle, die die versicherte Person nach Vollendung des 70. Lebensjahres erleidet gelten die Werte aus der Gliedertaxe gemäß Ziffer 20.2.2 für die Bemessung des Invaliditätsgrades.

– Unfall-Tagegeld (Ziffer 2.3), Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 20.2.7) und Besondere Bedingungen für das Schmerzensgeld (U 908)

Diese Leistungen werden nur bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 70. Lebensjahres gezahlt.

Eine automatische Altersumstellung (Fortfall der Leistungen) erfolgt nicht, auch erfolgt keine Umstellung in einen Seniorentarif.

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.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

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.

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.

Sonst muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

Das gilt 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 Unfall-Rente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen

– bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

– Invalidität bis zu 1‰ der versicherten Summe.

– Unfall-Rente bis zu 1 Monatsrente.

– Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe.

– Unfall-Tagegeld und Unfall-Krankenhaustagegeld jeweils bis zu 1 Tagessatz.

– Kosten für kosmetische Operationen sowie für Bergungskosten bis zu 1 % der jeweils versicherten Summe

– sonstigen von uns angeforderten Bescheinigungen bis zu einem Betrag von 25 EUR.

Weitere Kosten übernehmen wir nicht.

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 2 Wochen.

9.3 Vorschüsse

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

9.3.1 Wir zahlen vor Abschluss des Heilverfahrens die vereinbarte Invaliditätsleistung, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht und eine der folgenden Voraussetzungen vollständig erfüllt ist:

– Verlust von Gliedmaßen

– Verlust einer oder beider Nieren

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades 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 längstens bis zu 3 Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu 2 Jahre nach dem Unfall zu.

– 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 3 % jährlich zu verzinsen.

9.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Für alle Leistungsarten mit Kostenersatz gelten folgende Grundsätze:

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Die in diesen Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

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. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Einstellung des Betriebes oder Insolvenzverfahren

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst ist. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebes.

Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

10.4 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Versicherungsschutz für eine einzelne versicherte Person, einer versicherten Gruppe oder den gesamten 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.

10.5 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

Wird bei der versicherten Person eine

– dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII

oder

– eine Geisteskrankheit

ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person nach Vorlage

– des Bescheids der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades oder

– der Bestätigung des Krankenversicherers über eine Aufenthaltsunterbringung bzw. ständige Begleitung im Falle einer Geisteskrankheit

ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

10.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 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.

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

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 2 Wochen betragen. Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

– Die ausstehenden Beiträge, 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 Beitrag 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 Beitrag 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 Vertrages haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

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 verantwortlich.

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

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.
 Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
 – nach Ihrer Vertragserklärung,
 – aber noch vor Vertragsannahme
 in Textform stellen.
 Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
 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.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
 – vom Vertrag zurücktreten,
 – den Vertrag kündigen,
 – den Vertrag ändern oder
 – den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt
 Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.
 Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
 – weder eine vorsätzliche
 – noch eine grob fahrlässige
 Anzeigepflichtverletzung vorliegt.
 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.
 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.
 Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:
 Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
 – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
 ursächlich war.
 Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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 Gefahrsicherung 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 5 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 10 Jahre.

13.4 Anfechtung
 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages 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 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung
 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 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 3 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 Tarifierung

18.1 Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtung aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen, sind wir berechtigt, einmal jährlich die Tarifbeiträge für bestehende Verträge unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik neu zu kalkulieren, um sie an die Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen und einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben. Von der Neukalkulation unberührt bleiben der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- und abschläge.

18.2 Tarifliche Anpassungen von Beitragssätzen können von uns zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.

18.3 Der Beitragssatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren getrennt ermittelt.
 – Beitragssenkungen können auch ohne Information durchgeführt werden.
 – Beitragserhöhungen werden Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung des Beitrags mitgeteilt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

18.4 Individuell vereinbarte Zu- und Abschläge, sowie generelle tarifliche Regelungen, bleiben von diesen Bestimmungen unberührt.

19 Welches Recht findet Anwendung?
 Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20 Erweiterungen und Leistungsverbesserungen in der Produktvariante Gold
 Sie haben sich bei Vertragsabschluss für die Produktvariante Gold entschieden – nachfolgend erläutern wir Ihnen, wie sich der Versicherungsschutz für die versicherten Personen erweitert und verbessert.

20.1 Erweiterungen zu Ziffer 1.4 AUB

20.1.1 Die in Ziffer 1.4.4 genannte Frist von 10 Stunden verlängert sich auf 7 Tage.
 Somit besteht Versicherungsschutz bei Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren durch besondere Umstände bis zu 7 Tage ausgesetzt gewesen ist. Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden, wenn die versicherte Person den Einwirkungen länger als 7 Tage ausgesetzt war.

20.1.2 Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrand und Sonnenstich, solange die versicherte Person die Gesundheitsschädigung unfreiwillig erlitten hat.

20.1.3 Für nachfolgende Situationen besteht in Erweiterung von Ziffer 1.4.6 ebenfalls Versicherungsschutz für Unfallfolgen durch

- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall. Ausgeschlossen bleiben die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles oder eines anderen Krampfanfalles sind.
 - Alkoholkonsum – beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,7 Promille beträgt.
 - Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind.
- Beispiel: Die versicherte Person stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- einen Zuckerschok (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch die Diabetes selbst verursacht wurden.
 - sonstige, bisher nicht genannte Bewusstseinsstörungen.

Grundsätzlich bieten wir keinen Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

20.1.4 Die unter Ziffer 1.4.7 genannten Infektionen werden wie Folgt erweitert:

Für den Ausbruch der nachfolgenden Infektionen besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit (nach Vertragsbeginn) ereignete.

- Borreliose
- Brucellose
- Cholera
- Diphtherie
- Dreitagefieber
- Echinokokkose
- Fleckfieber
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Gelbfieber
- Gürtelrose
- Keuchhusten
- Lepra
- Malaria
- Masern
- Mumps
- Paratyphus
- Pest
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlafkrankheit
- spinale Kinderlähmung
- Tollwut
- Tuberkulose
- Tularämie
- Typhus
- Windpocken
- Wundstarrkrampf

Ebenso besteht Versicherungsschutz für

- Infektionen durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen. (Geringfügig sind Verletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.)
 - sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt haben.
 - allergische Reaktionen auf Insektenstiche/-bisse oder infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen anzeigen.
- Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

- Gesundheitsschäden aufgrund von Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen.

20.1.5 Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

20.1.6 Der Versicherungsschutz nach Ziffer 1.4.12 erlischt am Ende des 30. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Sofern und solange es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das Gebiet des Staates zu verlassen verlängert sich die Frist.

20.2 Erweiterungen zu Ziffer 2 AUB

20.2.1 Fristerweiterung für die Invaliditätsleistung (Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3)

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und haben sie bei uns geltend gemacht.

20.2.2 Gliedertaxe – Verbesserungen zu Ziffer 2.1.2

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

Arm	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	80%
Hand einschließlich des Handgelenks	75%
Daumen	35%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	15%
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75%
Bein oberhalb 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 einschließlich des Fußgelenks	70%
große Zehe	20%
andere Zehe	10%
Auge	60%
sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100%
Gehör auf einem Ohr	50%
sofern das andere Ohr bereits vor dem Unfall vollständig funktionsunfähig war	80%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%
eine Niere	25%
beide Nieren	100%
falls eine Niere vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100%
Milz	10%
Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahres	20%
Gallenblase	10%
Magen	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25%
Lungenflügel	50%

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Zu den in der Gliedertaxe genannten Organen Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder individuell erfolgen soll.

20.2.3 Sofortige Zahlung der Übergangsleistung

Besteht ein Anspruch auf die Sofortleistung gemäß Ziffer 2.8.1 AUB zahlen wir die Übergangsleistung – nach Vorlage eines ärztlichen Attestes – sofort in voller Höhe aus. Ein weiterer Anspruch auf die Übergangsleistung kann dann nicht mehr geltend gemacht werden.

20.2.4 Zum Unfall-Krankenhaustagegeld besteht ein Leistungsanspruch wenn die Heilbehandlung in einem gemischten Institut erfolgt, welches der Heilbehandlung und der Rehabilitation dient.

Weiterhin verlängern sich die Zahlungsduern aus den Ziffern 2.4.2 und 2.4.3 auf

- 5 Jahre bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus, dies gilt für Behandlungen in Deutschland und auch im Ausland

- 7 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen (Unfall-Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld)

- 750 Tage für das Genesungsgeld

Ist nach Ablauf des 5. Jahres nach dem Unfalltag eine stationäre Nachbehandlung erforderlich (z.B. zur Entfernung des Osteosynthesematerials), zahlen wir das Unfall-Krankenhaustagegeld, wenn die Nachbehandlung nicht früher möglich war.

Der Anspruch auf das Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person im Krankenhaus an den Unfallfolgen verstirbt.

20.2.5 Verschollenheit

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

- § 5 Schiffungsglück,

- § 6 Luftfahrzeugunfall,

- § 7 sonstige Lebensgefahr

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Die nachfolgenden Leistungen liegen Ihrem Vertrag bei vereinbarter Produktvariante Gold immer zugrunde.

Bestehen bei uns mehrere Verträge mit diesen Leistungsarten, können diese immer nur aus einem der Verträge geltend gemacht werden.

20.2.6 Die Regelungen zu den kosmetischen Operationen nach Ziffer 2.7 werden wie Folgt geändert:

20.2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt nach Abschluss der Heilbehandlung und wird spätestens innerhalb von 5 Jahren nach dem über diesen Vertrag versicherten Unfall vorgenommen.

Bei Unfällen Minderjähriger wird die Frist bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres verlängert.

Bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen übernehmen wir die entstehenden Kosten.

Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z.B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

20.2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Ansprüche gegen einen Dritten wie z.B. eine gesetzliche oder private Kranken(zusatz)-versicherung oder einen Haftpflichtversicherer gehen grundsätzlich vor.

Die dann noch verbleibenden nachgewiesenen

- Arzthonorare und sonstigen Operationskosten,

- Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

- Kosten für medizinisch notwendige Hilfsmittel und Heilmittel,

- Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten

erstaten wir bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme.

20.2.7 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

20.2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat vor der Vollendung des 70. Lebensjahres eine der nachfolgenden schweren Unfallverletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
 - Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
 - schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch, Schienbein- und Oberarmbruch, Speichen- und Oberarmbruch oder Wadenbein- und Oberschenkelbruch
 - gewebezerstörende Verletzungen an zwei inneren Organen
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Bruch eines langen Röhrenknoches
 - Bruch des Beckens
 - Bruch der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche
 - Augenverletzungen
 - dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
 - Linsenverlust auf mindestens einem Auge
 - dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %
- Die Sofortleistung ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes spätestens 15 Monate nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen.

20.2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Sofortleistung in Höhe von 20.000 EUR, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

20.2.8 Behinderungsbedingte Kosten

20.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir erstatten innerhalb von 4 Jahren nach einem Unfall die Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, sofern die Maßnahmen aufgrund einer ausschließlich durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind.

20.2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Bis zu einem Gesamtbetrag von 25.000 EUR erstatten wir Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person,
- den Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz,
- den Umbau des Pkw der versicherten Person in ein behindertengerechtes Fahrzeug,
- medizinisch notwendige Hilfsmittel, wie z. B. Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenhafröhre,
- Gliedmaßenprothesen, die infolge des Unfalls beschädigt wurden und die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste. Hierfür übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer, Unfallverursacher), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

20.2.9 Medizinische und berufliche Rehabilitation

20.2.9.1 Zur medizinischen Rehabilitation nach schweren Unfallverletzungen, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führen, stellen wir der versicherten Person – auf Wunsch – einen Reha-Manager zur Seite, der

- bei der Beantragung von Leistungen der jeweiligen Kostenträger unterstützt,
- geeignete Fachärzte, Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen benennt, über deren technische Ausstattungen informiert und alle organisatorischen Maßnahmen wie Terminvereinbarung und Transport koordiniert,
- die optimalen Pflege- und Betreuungskonzepte zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen zusammen mit der versicherten Person, deren Angehörigen, Ärzten und Therapeuten abstimmt,
- über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität über geeignete Hilfsmittel wie z. B. Rollstuhl oder Rollator berät.

20.2.9.2 Ist die versicherte Person länger als 6 Monate nach dem versicherten Unfall ununterbrochen außerstande, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen, wird sie bei der Wiedereingliederung von einem Personal- und Berufsberater unterstützt.

Dies gilt auch für die Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes. Sollte eine Wiedereingliederung nicht möglich sein, erfolgt die Beratung und aktive Unterstützung über Umschulungsmaßnahmen und -möglichkeiten unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie des aktuellen Arbeitsmarktes. Auch bei der Stellensuche und den Bewerbungen unterstützt der Personal- und Berufsberater.

20.2.9.3 Wir übernehmen – innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag – die entstehenden Kosten, die aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendig sind für

- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- künstliche Organe und Organtransplantationen (sofern wir eine Neufeststellung der Invalidität auch über den Ablauf der dafür vorgesehenen Frist hinaus noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können),
- die Anschaffung und Ausbildung von Assistenten (z. B. Blinden- oder Signalhunde),
- behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift,
- die Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

20.2.9.4 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Die Betreuung durch unseren Reha-Manager und/oder Personal- und Berufsberater ist auf einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren nach dem Unfall begrenzt.

Die Leistungen nach Ziffer 20.2.9.1 bis 20.2.9.3 werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

20.2.10 Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

20.2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen

eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Sie oder die versicherte Person haben uns die Voraussetzungen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

20.2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Tagegeld von 30 EUR täglich, längstens für 100 Tage. Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen zahlen wir das Tagegeld für die tatsächlichen Behandlungstage.

Diese Leistung kann nur einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

20.2.11 Haushaltshilfekosten

20.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht in der Lage, die ihr obliegende Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nachzukommen.

20.2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für den Zeitraum von 6 Monaten ab dem Unfalltag für eine Haushaltshilfe und die Betreuung der Kinder, einschließlich erforderlicher Begleitung z. B. zum Kindergarten oder Sportverein.

Unsere Hilfeleistungen werden ausschließlich in Deutschland durch von uns beauftragte qualifizierte Dienstleister erbracht, wenn eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

20.2.12 Psychologische Betreuung

Wir übernehmen die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung bzw. Behandlung für psychische und nervöse Störungen

– die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems zurückzuführen sind

– die nach einem Überfall oder einer Geiselnahme/Entführung eintreten

– aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung

wenn diese ärztlich verordnet wurden.

20.2.13 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge des Unfalls in ein Koma oder wird sie in ein künstliches Koma versetzt, so zahlen wir für die Dauer dieses Zustands ein tägliches Komageld in Höhe von 30 EUR für bis zu 3 Jahre ab dem Unfalltag.

20.2.14 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person als

- Rad-,
- Ski-,
- Snowboard-,
- Skateboard-,
- Snakeboard-,
- Streetboard-,
- Inlineskate-,
- Rollschuh-,
- Kickboard-,
- Tretrollerfahrer oder
- als Reiter

durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung und hat nachweislich und freiwillig (d. h. es bestand bei erleiden des Unfalls keine Helmpflicht) einen der Sportart angemessenen Helm getragen, erhöht sich die Invaliditätsschädigung aus der Invaliditätsgrundsumme für eine durch eine Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25 %, maximal jedoch um 50.000 EUR.

Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Wird infolge des versicherten Unfalls der benutzte Helm beschädigt oder zerstört, übernehmen wir die Kosten für die Ersatzbeschaffung eines Helms gleicher Art und Güte zum Neuwert.

20.3 Erweiterung zu Ziffer 3.2 (Mitwirkung)

Wir nehmen keine Minderung der Leistungen vor, wenn der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen an den Folgen des Unfalls zu weniger als 75 % mitgewirkt haben.

In Ergänzung zu den AUB 2019 gelten folgende Besondere Bedingungen, soweit sie ausdrücklich im Versicherungsschein genannt sind:

U 901 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der AUB 2019 ermittelt.

Welche/s der nachfolgenden Progressionsmodelle für Ihren Vertrag gilt/gelten, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein oder dem Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Progression-Plus kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

Ab dem Wirksamwerden der Kündigung gilt für die versicherte Person die Progression mit demselben Maximalwert (Beispiel: 500%ige Progression-Plus ist vereinbart und wird von Ihnen oder uns zum Vertragsablauf gekündigt, dann gilt die 500%ige Progression) jedoch ohne die Verbesserungen der Progression-Plus.

Invaliditätsgrad	Progressive Invaliditätsstaffel							
	225%	225%	350%	350%	500%	500%	1000%	1000%
		Plus		Plus		Plus		Plus
1-25%	1-25%	1-25%	1-25%	1-25%	1-25%	1-25%	1-25%	1-25%
26%	27%	28%	28%	29%	30%	30%	30%	30%
27%	29%	31%	31%	33%	35%	35%	35%	35%
28%	31%	34%	34%	37%	40%	40%	40%	40%
29%	33%	37%	37%	41%	45%	45%	45%	45%
30%	35%	40%	40%	45%	50%	50%	50%	50%
31%	37%	43%	43%	49%	55%	55%	55%	55%
32%	39%	46%	46%	53%	60%	60%	60%	60%
33%	41%	49%	49%	57%	65%	65%	65%	65%
34%	43%	52%	52%	61%	70%	70%	70%	70%
35%	45%	55%	55%	65%	75%	75%	75%	75%
36%	47%	58%	58%	69%	80%	80%	80%	80%
37%	49%	61%	61%	73%	85%	85%	85%	85%
38%	51%	64%	64%	77%	90%	90%	90%	90%
39%	53%	67%	67%	81%	95%	95%	95%	95%
40%	55%	70%	70%	85%	100%	100%	100%	100%
41%	57%	73%	73%	89%	105%	105%	105%	105%
42%	59%	76%	76%	93%	110%	110%	110%	110%
43%	61%	79%	79%	97%	115%	115%	115%	115%
44%	63%	82%	82%	101%	120%	120%	120%	120%
45%	65%	85%	85%	105%	125%	125%	125%	125%
46%	67%	88%	88%	109%	130%	130%	130%	130%
47%	69%	91%	91%	113%	135%	135%	135%	135%
48%	71%	94%	94%	117%	140%	140%	140%	140%
49%	73%	97%	97%	121%	145%	145%	145%	145%
50%	75%	100%	100%	125%	150%	150%	150%	150%
51%	78%	104%	105%	132%	157%	160%	167%	175%
52%	81%	108%	110%	139%	164%	170%	184%	200%
53%	84%	112%	115%	146%	171%	180%	201%	225%
54%	87%	116%	120%	153%	178%	190%	218%	250%
55%	90%	120%	125%	160%	185%	200%	235%	275%
56%	93%	124%	130%	167%	192%	210%	252%	300%
57%	96%	128%	135%	174%	199%	220%	269%	325%
58%	99%	132%	140%	181%	206%	230%	286%	350%
59%	102%	136%	145%	188%	213%	240%	303%	375%
60%	105%	140%	150%	195%	220%	250%	320%	400%
61%	108%	144%	155%	202%	227%	260%	337%	425%
62%	111%	148%	160%	209%	234%	270%	354%	450%
63%	114%	152%	165%	216%	241%	280%	371%	475%
64%	117%	156%	170%	223%	248%	290%	388%	500%
65%	120%	160%	175%	230%	255%	300%	405%	525%
66%	123%	164%	180%	237%	262%	310%	422%	550%
67%	126%	168%	185%	244%	269%	320%	439%	575%
68%	129%	172%	190%	251%	276%	330%	456%	600%
69%	132%	176%	195%	258%	283%	340%	473%	625%
70%	135%	180%	200%	265%	290%	350%	490%	650%
71%	138%	184%	205%	272%	297%	360%	507%	675%
72%	141%	188%	210%	279%	304%	370%	524%	700%
73%	144%	192%	215%	286%	311%	380%	541%	725%
74%	147%	196%	220%	293%	318%	390%	558%	750%
75%	150%	225%	225%	350%	325%	500%	575%	1000%
76%	153%	225%	230%	350%	332%	500%	592%	1000%
77%	156%	225%	235%	350%	339%	500%	609%	1000%
78%	159%	225%	240%	350%	346%	500%	626%	1000%
79%	162%	225%	245%	350%	353%	500%	643%	1000%
80%	165%	225%	250%	350%	360%	500%	660%	1000%
81%	168%	225%	255%	350%	367%	500%	677%	1000%
82%	171%	225%	260%	350%	374%	500%	694%	1000%
83%	174%	225%	265%	350%	381%	500%	711%	1000%
84%	177%	225%	270%	350%	388%	500%	728%	1000%
85%	180%	225%	275%	350%	395%	500%	745%	1000%
86%	183%	225%	280%	350%	402%	500%	762%	1000%
87%	186%	225%	285%	350%	409%	500%	779%	1000%
88%	189%	225%	290%	350%	416%	500%	796%	1000%
89%	192%	225%	295%	350%	423%	500%	813%	1000%
90%	195%	225%	300%	350%	430%	500%	830%	1000%
91%	198%	225%	305%	350%	437%	500%	847%	1000%
92%	201%	225%	310%	350%	444%	500%	864%	1000%
93%	204%	225%	315%	350%	451%	500%	881%	1000%
94%	207%	225%	320%	350%	458%	500%	898%	1000%
95%	210%	225%	325%	350%	465%	500%	915%	1000%
96%	213%	225%	330%	350%	472%	500%	932%	1000%
97%	216%	225%	335%	350%	479%	500%	949%	1000%
98%	219%	225%	340%	350%	486%	500%	966%	1000%
99%	222%	225%	345%	350%	493%	500%	983%	1000%
100%	225%	225%	350%	350%	500%	500%	1000%	1000%

U 903 Besondere Bedingungen für die verbesserte Gliedertaxe 100

Abweichend von Ziffer 20.2.2 (Gold) der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, inneren Organe und Sinnesorgane die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	100%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100%
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	100%
Hand einschließlich des Handgelenks	90%
Daumen	45%
Zeigefinger	30%
anderer Finger	25%
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	90%
Bein oberhalb 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 einschließlich des Fußgelenks	70%
große Zehe	20%
andere Zehe	10%
Auge	70%
sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100%
Gehör auf einem Ohr	50%
sofern das andere Ohr bereits vor dem Unfall vollständig funktionsunfähig war	90%
Geruchssinn	30%
Geschmackssinn	30%
Stimme	100%
eine Niere	25%
beide Nieren	100%
falls eine Niere vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100%
Milz	10%
Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahres	20%
Gallenblase	10%
Magen	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25%
Lungenflügel	50%

Diese erweiterte Gliedertaxe gilt nicht für eine vereinbarte Unfall-Rente.

Wurde die Unfall-Rente nach Klausel U 913 oder U 916 vereinbart, gilt für diese die Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.2.1, für vereinbarte Unfall-Renten nach Klausel U 914 oder U 917 gilt die Gliedertaxe nach Ziffer 20.2.2 für die Bemessung des Invaliditätsgrades.

Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden. Ab dem Wirksamwerden der Kündigung gilt für die versicherte Person die Gliedertaxe gemäß Ziffer 20.2.2 AUB.

U 906 Besondere Bedingungen für die Hilfeleistungen nach Unfällen

Ist die versicherte Person aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung durch einen versicherten Unfall hilfebedürftig und nicht in der Lage, den Alltag wie bisher zu meistern, sorgen wir dafür, dass sie – ihren Bedürfnissen entsprechend – Hilfe bei allen Tätigkeiten und Pflichten des täglichen Lebens erhält, sei es durch Hilfe im Haushalt, bei der Kinderbetreuung oder durch erforderliche Fahrdienste zu Ärzten oder Behandlungen. Für diese Leistungen beauftragen wir einen Dienstleister.

Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

Die Hilfebedürftigkeit müssen Sie unverzüglich bei uns geltend machen.

Die Kosten übernehmen wir bis zu einer Summe von 10.000 EUR für eine Dauer von bis zu einem Jahr ab dem Tag des Unfalls.

Nachfolgend haben wir beschrieben, welche konkreten Leistungen aus dem Vertrag erbracht werden können.

- 1 Der von uns beauftragte Dienstleister stellt in einem telefonischen Erstgespräch, soweit erforderlich in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, den individuellen Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes fest. Der erstellte Leistungsplan muss von uns genehmigt werden.
- 2 Der Dienstleister beauftragt und koordiniert alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend den versicherten Leistungen und überprüft deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Versicherungsfalles. Dabei wird die versicherte Person auch zu eventuellen Leistungsansprüchen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und bedarfsgerecht beraten.

Grundpflege

Die versicherte Person erhält eine Grundpflege. Diese umfasst:

- Körperpflege inklusive Teil- oder Ganzwaschungen
 - An- und Auskleiden
 - Hilfe beim Verrichten der Notdurft
 - Lagerung im Bett
 - Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten
- Gleichzeitig mit der Erbringung unserer Leistungen zur Grundpflege kann ein Pflegenotruf eingerichtet werden, sofern örtlich möglich. Über diesen 24-Stunden-Notruf kann im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur persönlichen Hilfeleistung alarmiert werden.
- Wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen.

Menüservice

Diese Leistung umfasst die tägliche Anlieferung einer warmen Hauptmahlzeit aus dem angebotenen Menüsortiment an die versicherte Person. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs als Tiefkühlkost jeweils wochenweise (7 Menüs) angeliefert. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Die Wäsche und Kleidung der versicherten Person wird einmal wöchentlich gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen auch das Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Pflege der Schuhe. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Wohnungsreinigung

Die Wohnung oder das Haus (Wohn-, Schlafräume, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person wird einmal pro Woche im üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass sich die Wohnung vor dem Versicherungsfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Besorgungen und Einkäufe

Für die versicherte Person werden bis zu zweimal pro Woche für bis zu 6 Monate Einkäufe oder andere notwendige Besorgungen erledigt. Dazu zählen:

- Verfassen eines Einkaufszettels für Waren des täglichen Lebens (inklusive Arzneimittel)
- Einkaufen und Einstellen in den Kühlschrank unter Beachtung von Haltbarkeitszeiten
- notwendige Besorgungen, z. B. Bank- oder Behördengänge

Die Kosten für die Einkäufe trägt die versicherte Person selbst.

Mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur

Der versicherten Person wird ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar. Die Kosten für die Haar-, Nagel- oder Fußpflege trägt die versicherte Person selbst.

Tag- und Nachtwache

Für die versicherte Person wird eine Tag- und Nachtwache für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine intensive Beaufsichtigung

der versicherten Person erforderlich ist. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.

Hausnotrufdienst

Bei Bedarf wird für bis zu 6 Monate eine Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person installiert. Die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) müssen vorhanden sein. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.

Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Die versicherte Person wird bei Arztbesuchen, zur Krankengymnastik und Therapie von unserem Dienstleister begleitet. Ebenso erfolgt die Begleitung zu Behördengängen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Diese Leistung kann die versicherte Person bis zu zehnmal in Anspruch nehmen.

Familienassistance

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles nicht in der Lage ist, für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zu sorgen, erhält die versicherte Person bzw. die mit ihr im Haushalt lebende Familie bei Bedarf eine Familienbetreuung, sofern dies örtlich möglich ist. Diese Leistung umfasst

- die Kinderbetreuung inkl. Freizeitgestaltung,
- Hausaufgabenbetreuung (nur in der Grundschule).

Wir vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für die Betreuung der Kinder (z. B. Tagesmutter):

- Zubereitung von Mahlzeiten
- Reinigung und Pflege von Wäsche/Kleidung (waschen, trocknen, bügeln, einsortieren)
- Einkäufe und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafräume, Küche, Bad, Toilette)

Die Leistungen werden insgesamt bis zu 8 Stunden täglich bis zu 4 Wochen lang erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. (Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles.) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen die Leistungen bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus.

Fahrtkosten

Wir übernehmen die notwendigen Kosten für

- die Hin- und Rückfahrt zum Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt. Der Transport zu diesen Aufenthalten bzw. von dort zurück nach Hause wird einmalig durchgeführt.
- Taxifahrten, die zur ambulanten Weiterbehandlung oder aufgrund notwendiger Behördengänge erfolgen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Die Leistung wird gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises erbracht. Sie steht bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern von Ihrem Aufenthaltsort zur Verfügung.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger, z. B. der Krankenversicherer, eintrittspflichtig ist, werden nur die restlichen Kosten übernommen.

Hausmeisterdienste

Es wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung vermittelt. Ist die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles ganz oder teilweise außerstande, die gemäß Mietvertrag übernommenen oder – bei Wohneigentum – notwendigen Streu- und Reinigungspflichten auszuüben, übernehmen wir die Kosten für einen entsprechenden Hausmeisterdienst für bis zu 6 Monate.

Tierbetreuung

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles außerstande ist, ihr vorhandenes Haustier zu versorgen, vermitteln wir für gewöhnliche Haustiere (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) die Unterbringung und Versorgung. Die dadurch entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu einer Höhe von 1.000 EUR. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für die eine behördliche Genehmigung nötig ist, wie z. B. Reptilien.

Beratung zu Wohnungs- und Kfz-Umbauten

Wir vermitteln der versicherten Person

- eine Beratung zum behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges,

- eine Beratung zum behindertengerechten Umbau der Wohnung („barrierefreies Wohnen“),
- ein Umzugsunternehmen zur Durchführung ihres aufgrund eines Versicherungsfalls notwendigen Umzuges (ggf. Möbelerlagerung oder Wohnungsauflösung).

Pflegescheidung für Angehörige

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine einmalige Pflegeschulung von Angehörigen, falls diese die versicherte Person nach einem Versicherungsfall selbst pflegen wollen.

Pflegeplatzgarantie

Im Notfall garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt; hierauf besteht aber kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung sind von der versicherten Person selbst zu tragen.

Hospizplätze

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen werden Einrichtungen mit Hospizplätzen benannt.

Juristische Beratung

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine telefonische Erstberatung von zugelassenen Rechtsanwältinnen zu folgenden Rechtsgebieten vermittelt:

- Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht)
- Informationsrecht (Recht auf Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Patientenakten sowie diesbezügliche Datenschutzprobleme)

Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte

Die versicherte Person betreut einen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Verwandten 1. Grades in häuslicher Pflege. Wenn sie dazu nach einem Versicherungsfall nicht mehr in der Lage ist, werden die Leistungen der Grundpflege auch für die betreute Person erbracht.

Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem Versicherungsfall ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Person aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.

Die aus der Pflegeversicherung erbrachten Sach- oder Geldleistungen werden auf unsere Leistungen angerechnet.

Sonstige Bestimmungen

Eine Leistungserbringung ist nur in der Bundesrepublik Deutschland möglich.

Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

U 907 Besondere Bedingungen für den Aktivschutz

1 Allgemeine Hinweise

1.1 Die hier genannten Leistungsarten nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachses von Leistung und Beitrag nicht teil.

1.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallversacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

1.3 Die in diesen Besonderen Bedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallversacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

1.4 Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

PhysioSchutz

Nach einer schweren Unfallverletzung, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führt, den richtigen Arzt oder die richtige Therapie zu finden, um schnell wieder gesund zu werden, ist oftmals schwer. Die Krankenkassen übernehmen nicht jede Therapie, welche zum Erfolg führen kann, oder leisten nur anteilig dafür. Wir wollen hierbei unterstützen und übernehmen vom Arzt empfohlene Therapien gemäß Ziffer 2 über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

1 Umfang der Leistungen

Wir übernehmen für nachfolgende Therapien und Behandlungen, die aufgrund des Versicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 EUR und einer Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag.

1.1 Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung

Unter einem ärztlichen Zweitbefund (auch ärztliche Zweitmeinung oder second opinion genannt) versteht man die zweite Begutachtung eines ärztlichen Erstbefundes, z. B. durch einen Spezialisten. Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.

1.2 Fachärzte/Spezialisten

Für zusätzliche Beratungen oder Behandlungen durch Fachärzte oder Spezialisten, deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden, da sie z. B. nur Privatpatienten behandeln, übernehmen wir Kosten bis zu 1.000 EUR.

1.3 Psychologische Unterstützung (auch für im Haushalt lebende Angehörige 1. Grades)

Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.

2 Für ärztlich empfohlene besondere Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir zusätzlich Kosten bis insgesamt 7.500 EUR je Versicherungsfall. Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 10% je Therapie oder Behandlungsmethode.

Hierzu zählen:

2.1 erweiterte Physiotherapie/Krankengymnastik (inkl. Massage und Fango)

Der Physiotherapeut versucht gemeinsam mit dem Patienten, Fähigkeiten wiederherzustellen oder ihm neue zu lehren, die es ermöglichen, am täglichen Leben teilzunehmen, obwohl er körperlich beeinträchtigt ist.

2.2 Logopädie

Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnose und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Diese Störungen sind bei Erwachsenen oft durch Schädigungen des Gehirns bedingt, wie z. B. ein Schädel-Hirn-Trauma.

2.3 Akupunktur

Die Akupunktur wird eingesetzt, um ggf. Schmerzfreiheit und Verbesserung behinderter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhaftige Regulationsstörungen behandeln lassen.

2.4 Chirotherapie

Die Chirotherapie beschäftigt sich mit Störungen der Funktion (auch Blockaden genannt) des Bewegungsapparates, speziell der Wirbelsäule. Durch chirotherapeutische Handgriffe lassen sich vorübergehende Verschiebungen und Fehlstellungen der Wirbelsäule und der Gelenke lösen, die Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Verspannungen der Muskulatur verursachen.

2.5 Osteopathie

Bei der Behandlung folgt der Osteopath mit den Händen den Richtungen und Bewegungen der Faszien (Bindegewebe) und löst Verspannungen und Blockaden. Das kann am Knie, am Rücken, aber auch am Bauch sein. So versucht der Osteopath, mit verschiedensten manuellen Techniken den Selbstheilungsprozess des Körpers anzustoßen.

2.6 Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt. Auch bei Schmerzen und Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkung zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen. Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit verzögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.

2.7 Ergotherapie

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaßnahmen sind zum Beispiel:

- das Trainieren und Vorbereiten von körperlichen Bewegungsabläufen
- das Trainieren von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination mit dem Schwerpunkt Rumpf (der Leib ohne Kopf und Gliedmaßen). Auf diese Weise können Bewegungseinschränkungen ausgeglichen oder gänzlich behoben werden.
- Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anziehen, Trainieren von Essen, Schlucken, Trinken
- Trainieren des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten und vieles mehr
- das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses und der Ausdauer
- das Trainieren des Gehirns, zum Beispiel bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns
- das Beraten und Anleiten der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten

2.8 Traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Heilmethoden in der TCM sind unter anderem Akupunktur, Kräutermedizin, Moxibustion (Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers), Schröpfen und Massagen. Aber auch die Ernährung und die Lebensführung spielen eine wichtige Rolle in der TCM-Therapie.

2.9 Schmerztherapie

Unter dem Begriff Schmerztherapie werden alle therapeutischen Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Reduktion von Schmerz führen. Hierzu gehören medikamentöse, physiotherapeutische und psychotherapeutische Schmerzbehandlungen.

2.10 Lymphdrainage

Bei der Lymphdrainage handelt es sich um eine besondere Art der Massage, bei der durch eine rhythmische Folge von verschiedenen Spezialgriffen der Abtransport der Lympflüssigkeit aus dem Körpergewebe gefördert werden soll. Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.

2.11 Enzymtherapie

Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z. B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerinnung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoffwechselfvorgänge beeinflussen, eine therapeutische und vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krankheiten ausgeübt.

2.12 Wir beteiligen uns auch an weiteren/anderen Therapiebehandlungen oder -formen, die hier nicht aufgeführt sind, aber von Krankenkassen (gesetzliche oder private) zumindest anteilig übernommen werden.

3 Allgemeine Hinweise

Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Heilkosten

1 Für die Behebung von unfallbedingten Verletzungen und deren Folgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens bis zum Betrag von 10.000 EUR für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer

amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse der versicherten Person begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel (sofern diese nicht über den PhysioSchutz versichert sind), Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie u. a. für Röntgen-, Magnetresonanztomographie- oder Kernspinaufnahmen. Die medizinische Notwendigkeit wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen oder für die Kosten des unfallbedingten Heilverfahrens wird ein Beleg (Rechnungen und Rezepte) eingereicht. Ein Erstattungsbeleg des Krankenversicherers über seine Leistungshöhe oder Ablehnung ist beizufügen.

2 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.

3 Sofern die unfallbedingte Verletzung eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlungen oder dem Ersatz von Zähnen nötig macht, so sind diese Kosten unter 2.7 AUB versichert.

4 Bei gleichzeitigem Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und einer Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung in folgenden Fällen gewährt:

– Der Krankenversicherer hat seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt, und diese Leistung ist zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausreichend.

– Der Krankenversicherer ist leistungsfrei (z. B. aufgrund einer Selbstbeteiligungsvereinbarung) oder bestreitet seine Leistungspflicht.

– Für den Fall, dass für die versicherte Person gleichzeitig eine private Krankenversicherung mit einer Selbstbeteiligungsvereinbarung besteht, ist ein Nachweis des privaten Krankenversicherers über die erstattungsfähigen Anteile und eines bestehenden Selbstbehalts beizufügen.

Sportgeräte

1 Voraussetzung für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, der einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Folge hat.

1.2 Das eigene Sportgerät wurde dabei beschädigt oder zerstört bzw. ist abhandengekommen.

1.3 Den Unfall und den darauf beruhenden Schaden oder Verlust des Sportgerätes haben Sie uns unverzüglich nachzuweisen.

Als Nachweis für den Unfall reicht ein ärztliches Attest.

2 Versicherte Sportgeräte

– Fahrräder

– Taucherausrüstung

– Inlineskates

– Skier

– Skateboards

– Surfgeräte

– Snowboards

– Kickboards (Cityroller)

3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten bis zur Höhe von 1.500 EUR den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert.

Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt:

– im 1. Jahr 100 %,

– im 2. Jahr 80 %,

– im 3. Jahr 60 %,

– im 4. Jahr 40 %,

– ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

Verdienstaussfallgeld

1 Voraussetzung für die Leistung

Die berufstätige, versicherte Person ist nach einem versicherten Unfall mindestens 42 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig und die Arbeitsunfähigkeit beginnt spätestens 3 Arbeitstage nach dem Unfall.

1.1 Dies gilt

– für versicherte Personen, die Arbeitslohn bzw. Gehalt aus nicht selbstständiger Arbeit beziehen und sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind,

– für versicherte Personen, die als Selbstständige oder freiberuflich Tätige Einkünfte aus selbstständiger bzw. freiberuflicher Arbeit beziehen,

– für Auszubildende, die eine Auszubildungsvergütung erhalten.

2 Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Das erforderliche Formular stellen wir Ihnen zur Verfügung.

3 Dauer und Höhe der Leistung

Das Verdienstaussfallgeld wird in Höhe von 250 EUR ab dem 43. Tag für je angefangene 30 Tage gezahlt, in denen die versicherte Person unfallbedingt ununterbrochen arbeitsunfähig ist, längstens jedoch für 120 Tage.

U 908 Besondere Bedingungen für das Schmerzensgeld

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1 der AUB erlitten, der zu einer der unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Gesundheitsschädigung geführt hat.

1.2 Das Vorliegen einer unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen genannten Verletzung muss uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen werden.

1.3 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf Schmerzensgeld.

1.4 Der Anspruch auf Schmerzensgeld entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er muss innerhalb von 3 Monaten nach ärztlicher Feststellung geltend gemacht werden und erlischt nach Ablauf von 15 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

2 Art und Höhe der Leistung

2.1 Wir erbringen die Leistung gemäß der unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Schmerzensgeldtabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – nach dem in der Tabelle festgelegten Betrag der für Schmerzensgeld versicherten Summe.

2.2 Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die in der Tabelle der höchste Betrag festgelegt ist.

2.3 Die unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen angegebenen Beträge basieren auf einer Grundversicherungssumme von 6.000 EUR.

Würde mit uns eine höhere Summe vereinbart, erhöhen sich die Entschädigungsbeträge im gleichen Verhältnis.

2.4 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, ist die Höchstleistung für die jeweilige Gesundheitsschädigung aus allen Verträgen zusammen auf die 4-fache Leistung begrenzt.

3 Sonstige Bestimmungen

3.1 Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachses von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.2 Die Versicherung des Schmerzensgeldes endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die Altersgrenze nach Ziffer 6.3 AUB erreicht hat.

3.3 Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und Ziffer 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

4 Schmerzensgeldtabelle

Frakturen

Frakturen im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten). Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysensprengungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und -absprengungen.

Nicht versichert sind Zahnfrakturen.

Für Re-Frakturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Band- und Sehnenrupturen

Band- und Sehnenrupturen im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teiltraktionen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse.

Für Re-Rupturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

4.1 Kopfverletzungen

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Schädeldachfraktur ohne Hirnbeteiligung	500 EUR	1.000 EUR
Gesichtsschädelfraktur ohne Nasenbein	500 EUR	1.000 EUR
Schädelhirntrauma 3. Grades (SHT III °)	6.000 EUR	
Schädelhirntrauma 2. Grades (SHT II °)	1.500 EUR	

4.2 Augenverletzungen

Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges		6.000 EUR
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper		800 EUR

4.3 Obere Gliedmaßen (ohne Hände)

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur	1.000 EUR	2.000 EUR
Fraktur großer Oberarmhöcker (Tuberculum majus)		
Fraktur kleiner Oberarmhöcker (Tuberculum minus)		
Unterarmschaftfraktur (Speichen- oder Ellenfraktur)	500 EUR	1.000 EUR
Amputation ab Handgelenk	6.000 EUR	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen	500 EUR	
– Schulterreckgelenksprengung Tossy II und Tossy III		
– Bizepssehnenruptur		

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teiltraktionen, Muskel- und Muskelfaserrisse.

4.4 Hände

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)	1.000 EUR	2.000 EUR
Mittelhandfraktur	250 EUR	500 EUR
Handwurzelknochenfraktur (Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Erbsenbein, großes und kleines Vieleckbein, Kopfbein, Hakenbein)	250 EUR	500 EUR
Daumenfraktur	400 EUR	800 EUR

Zeigefingerfraktur	250 EUR	500 EUR
Frakturen der übrigen Finger	150 EUR	300 EUR
Vollständige Zerreißung von Streck- oder Beugesehnen	250 EUR	

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse.

Vollständiger Verlust des Daumens im Grundgelenk	1.500 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Endgelenk	800 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Grundgelenk	1.000 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Mittelgelenk	750 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Endgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Grundgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Mittelgelenk	300 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Endgelenk	200 EUR	

4.5 Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein)

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Fraktur eines Wirbelkörpers	500 EUR	1.000 EUR
Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpers	1.500 EUR	3.000 EUR
Rückenmarksverletzung mit kompletter Querschnittslähmung	6.000 EUR	
Rückenmarksverletzung mit inkompletter Querschnittslähmung	3.000 EUR	

4.6 Becken (ohne Kreuz- und Steißbein)

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Typ 1: stabile Beckenringfrakturen, z. B. isolierte, einseitige, aber auch beidseitige nicht dislozierte vordere Beckenringfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Typ 2 und 3: Beckenringfrakturen mit Instabilität, z. B. dislozierte doppel-seitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF-Sprengung etc.	2.000 EUR	4.000 EUR

4.7 Untere Gliedmaßen (ohne Füße)

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberschenkelfrakturen – Oberschenkelhals- und Oberschenkelschaftfraktur – Fraktur großer Rollhugel (Trochanter major)	1.500 EUR	3.000 EUR
Unterschenkelfraktur – Wadenbein- oder Schienbeinfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Kniescheibenfraktur	500 EUR	1.000 EUR
Amputationen ab Fußgelenk	6.000 EUR	

Vollständige Zerreißung von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreiungen von Sehnen – vordere/hintere Kreuzbandruptur – Innen-/Auenbandruptur – Achilles-/Patellarsehnenruptur	800 EUR	
--	---------	--

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse.

4.8 Füße

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Sprunggelenksfrakturen – Weber B und C – Weber A, Maisonneuve-Fraktur, Pilonfraktur	1.500 EUR 1.300 EUR	3.000 EUR 2.600 EUR
Mittelfufraktur		
Fuwurzelfraktur (Sprung-, Fersen-, Kahn-, Keil- und Wurfelbein)	400 EUR	800 EUR
Grozehenfraktur	250 EUR	500 EUR
Frakturen der übrigen Zehen	150 EUR	300 EUR
Amputation der Grozehen	500 EUR	
Amputation einer der übrigen Zehen	250 EUR	
Vollständige Zerreißung von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißung von Sehnen (Innen- und Auenbandrupturen, Syndesmosenruptur)	250 EUR	

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse.

4.9 Frakturen (Brüche)

	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Vollständige Frakturen, die nicht in den Ziffern 4.1 bis 4.8 aufgeführt sind	250 EUR	500 EUR
Unvollständige Frakturen gem. Ziffer 4	150 EUR	
Vollständige Band- und Sehnenrupturen, die nicht explizit in den Ziffern 4.1 bis 4.8 aufgeführt sind	150 EUR	

4.10 Verbrennungen

Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 10 % der Körperoberfläche	3.000 EUR	
Verbrennungen ab 2. Grad von mindestens 20 % der Körperoberfläche	2.600 EUR	
Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 50 % der Körperoberfläche	6.000 EUR	

4.11 Innere Verletzungen

Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	500 EUR	
Verlust der Milz	1.500 EUR	
Verlust einer Niere	3.000 EUR	
Verlust beider Nieren	6.000 EUR	

4.12 Sonstige Unfallfolgen

Vollständiger Verlust der Stimme	6.000 EUR	
Vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	6.000 EUR	

U 913 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad

– ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditatsstafeln oder sonstigen Mehrleistungen
– von mindestens 50 % geführt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der Versicherungssumme.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

3.2 Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

– die versicherte Person stirbt, oder
– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 (AUB) vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

4 Todesfalleistung

Wir zahlen die Unfall-Rente auch die nächsten 3 Monate über den Monat, in dem die versicherte Person verstorben ist, weiter, wenn ein Anspruch auf eine Unfall-Rente bereits anerkannt war und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.

5 Sonstige Bestimmungen

Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

U 914 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad

– ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditatsstafeln oder sonstigen Mehrleistungen
– von mindestens 50 % geführt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der Versicherungssumme.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

3.2 Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

– die versicherte Person stirbt, oder
– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 (AUB) vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

- 4 Todesfallleistung**
Wir zahlen die Unfall-Rente auch die nächsten 12 Monate über den Monat, in dem die versicherte Person verstorben ist, weiter, wenn ein Anspruch auf eine Unfall-Rente bereits anerkannt war und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.
- 5 Rentengarantie**
Zusätzlich garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 70. Lebensjahres
– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder,
– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstirbt.
Voraussetzung ist, dass wir zum Zeitpunkt des Todes bereits einen Anspruch auf Unfall-Rente dem Grunde nach anerkannt haben.
- 5.1** Wir zahlen die vereinbarte Unfall-Rente über den Tod der versicherten Person hinaus; garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
- 6 Sonstige Bestimmungen**
Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.
- U 916 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 40 % Invalidität**
- 1 Voraussetzung für die Leistung**
Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad
– ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen
– von mindestens 40 % geführt.
- 2 Höhe der Leistung**
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente ab einem ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad von
– 40 % drei Viertel der versicherten Unfall-Rente,
– 55 % die volle versicherte Unfall-Rente,
– 75 % die eineinhalbfache versicherte Unfall-Rente,
– 90 % die zweifache versicherte Unfall-Rente.
- 3 Beginn und Dauer der Leistung**
- 3.1** Die Unfall-Rente zahlen wir
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
– monatlich im Voraus.
- 3.2** Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem
– die versicherte Person stirbt, oder
– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 (AUB) vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 40 % gesunken ist.
Ändert sich der Invaliditätsgrad durch eine Neubemessung in eine niedrigere oder höhere Stufe der Progression, zahlen wir ab Beginn des nächsten Monats nach der Neubemessung die für diese Stufe vereinbarte Unfall-Rente.
Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4 Todesfallleistung**
Wir zahlen die Unfall-Rente auch die nächsten 3 Monate über den Monat, in dem die versicherte Person verstorben ist, weiter, wenn ein Anspruch auf eine Unfall-Rente bereits anerkannt war und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.

- 5 Sonstige Bestimmungen**
Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.
- U 917 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 40 % Invalidität**
- 1 Voraussetzung für die Leistung**
Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad
– ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen
– von mindestens 40 % geführt.
- 2 Höhe der Leistung**
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente ab einem ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad von
– 40 % drei Viertel der versicherten Unfall-Rente,
– 55 % die volle versicherte Unfall-Rente,
– 75 % die eineinhalbfache versicherte Unfall-Rente,
– 90 % die zweifache versicherte Unfall-Rente.
- 3 Beginn und Dauer der Leistung**
- 3.1** Die Unfall-Rente zahlen wir
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
– monatlich im Voraus.
- 3.2** Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem
– die versicherte Person stirbt, oder
– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 (AUB) vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 40 % gesunken ist.
Ändert sich der Invaliditätsgrad durch eine Neubemessung in eine niedrigere oder höhere Stufe der Progression, zahlen wir ab Beginn des nächsten Monats nach der Neubemessung die für diese Stufe vereinbarte Unfall-Rente.
Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4 Todesfallleistung**
Wir zahlen die Unfall-Rente auch die nächsten 12 Monate über den Monat, in dem die versicherte Person verstorben ist, weiter, wenn ein Anspruch auf eine Unfall-Rente bereits anerkannt war und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.
- 5 Rentengarantie**
Zusätzlich garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 70. Lebensjahres
– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder,
– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstirbt.
Voraussetzung ist, dass wir zum Zeitpunkt des Todes bereits einen Anspruch auf Unfall-Rente dem Grunde nach anerkannt haben.
- 5.1** Wir zahlen die vereinbarte Unfall-Rente über den Tod der versicherten Person hinaus; garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
- 6 Sonstige Bestimmungen**
Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 und 10.4 AUB selbstständig gekündigt werden.

- U 921 Besondere Bedingungen für den Direktanspruch**
Sie haben eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einer anderen Person zustoßen (Fremdversicherung) abgeschlossen. Abweichend von den vereinbarten AUB gilt:
- 1** Die versicherten Personen können Ansprüche auf Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung auch direkt bei uns geltend machen. Wir leisten an die versicherte Person.
- 2** Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über den vereinbarten Direktanspruch.