

**VERBRAUCHERINFORMATION
UNFALLVERSICHERUNG
AUSGLEICH**

**VERBRAUCHERINFORMATION
UNFALLVERSICHERUNG AUSGLEICH**

Ihre Vertragsunterlagen

Stand 07.2019

Inhaltsverzeichnis

Diese Verbraucherinformation beinhaltet Informationen und Bedingungswerke, die für die Unfallversicherung Vertragsgrundlage sein können.

Für Ihren Vertrag gelten jedoch nur die für die jeweils gewählte Produktausprägung gültigen und im Versicherungsschein ausdrücklich genannten Vertragsgrundlagen.

	Seite
• Kundeninformationsblatt Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	3
• Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	5
• Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	6
• Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2019) – Fassung Juli 2019	8
• Zusatzbedingung für die Beitrags-, Dynamik- und Vertragsanpassung in den verschiedenen Altersgruppen – Fassung Juli 2019	19
• Besondere Bedingungen für den EASY-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	21
• Besondere Bedingungen für den SMART-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	25
• Besondere Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	34
• Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)	46
• Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/350 %)	47
• Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)	48
• Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500 %)	49
• Besondere Bedingungen für den ProGesundheit-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	50
• Besondere Bedingungen für den ProAktiv-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	51
• Besondere Bedingungen für den ProPsyche-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	53
• Besondere Bedingungen für den ProAssistance-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	54
• Besondere Bedingungen für den ProTaxe-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019	58
• Klauseln für die Unfallversicherung – Fassung Juli 2019 (nur falls besonders vereinbart)	59
• Auszug aus dem Berufskatalog	62

Im Folgenden erhalten Sie weitere Informationen zur vorgeschlagenen Versicherung. Bitte lesen Sie die untenstehenden Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung.

1. Informationen zum Versicherer

Versicherer und Risikoträger ist die

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG,
Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund
Vorstand: Dietmar Bläsing (Sprecher), Heike Bähler, Dr. Gerrit Böhm,
Axel-Rainer Hoffmann
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer Isringhaus
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 3134

Hauptgeschäftstätigkeit

Die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG betreibt folgende Versicherungsarten: Unfall-, Haftpflicht-, Kraftfahrt-, Sachversicherungen, Beistandsversicherung, sonstige Schadenversicherung.

Ihr Vertragspartner

Für den oben genannten Versicherer handelt namens und in Vollmacht als Assekuradeur die

prokundo GmbH, Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund
Geschäftsführer: Dietmar Bläsing, Heike Bähler
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 8392

2. Informationen zur Leistung

Dem Vertrag liegen der Antrag sowie die beigefügten Versicherungsbedingungen, sofern Sie den entsprechenden Versicherungsschutz beantragen, zugrunde.

Beitrag und Beitragszahlung

Die Höhe des Gesamtbeitrags gemäß Ihrer gewünschten Zahlungsweise finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein. Im Beitrag ist die gesetzliche Versicherungssteuer enthalten.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Insbesondere weisen wir Sie darauf hin, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten können. Im Falle des Rücktritts erheben wir eine Geschäftsgebühr in Höhe von 20 % des Jahresbeitrags ohne Versicherungssteuer. Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn Sie die Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, können Sie den Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Fälligkeit des Beitrages können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Gültigkeitsdauer von Informationen

Wir weisen darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (Vorschlag, Produktinformationsblatt, Bedingungen) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

3. Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrags

Nach der elektronischen Übermittlung Ihres Antrags erhalten Sie den Versicherungsschein. Mit dessen Zugang bei Ihnen ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Auf eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden wären, verzichten wir.

Anzeigen und Willenserklärungen

Die prokundo GmbH handelt namens und in Vollmacht des Versicherers. Die prokundo GmbH ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazugehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei der prokundo GmbH eingegangen sind.

Die prokundo GmbH ist beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vertriebspartnern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht:

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

Der Widerruf ist zu richten an die

prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 / 60014-490
Bei einem Widerruf per Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@prokundo.de

oder

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 / 54 33 – 490
Bei einem Widerruf per Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: vertragvbs@volkswohl-bund.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, die auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrags gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise:

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

Widerrufen Sie eine Vertragserklärung im Rahmen eines Ersatzvertrages, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Laufzeit des Vertrags

Angaben über die Laufzeit des vorgeschlagenen Versicherungsvertrages finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein.

Vertragliche Kündigungsbedingungen

Sie haben die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen. Die einzuhaltenden Fristen und sonstigen vertraglichen Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht und Sprache

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

4. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für Fragen steht Ihnen gerne der Vermittler dieses Vertrags zur Verfügung. Falls Sie einmal eine Beschwerde haben sollten, werden wir alles versuchen, Sie zufrieden zu stellen. Sollte wider Erwarten eine Einigung nicht möglich sein, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(Bereich Versicherungen), Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn; Postfach 1308, 53003 Bonn.**

Der Versicherer ist zudem Mitglied im Versicherungsombudsmann e.V., Leipziger Straße 121, 10117 Berlin; Postfach 080632, 10006 Berlin (www.versicherungsombudsmann.de), einer Schlichtungsstelle im Sinne des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG), und nimmt an dessen Streitbeilegungsverfahren teil. Bei dem Ombudsmann können Sie bei Streitigkeiten über Ansprüche aus Ihrem Vertrag eine Streitschlichtung beantragen, nachdem Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen.

5. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.volkswohl-bund.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir

Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an:

prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 60014-151 bzw. per E-Mail unter info@prokundo.de erreichen.

oder

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Vertrag VBS, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 5433-151 bzw. per E-Mail unter vertragvbs@volkswohl-bund.de erreichen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie ebenfalls bei der oben genannten Stelle geltend machen. Genauere Informationen zu Ihren Rechten und den rechtlichen Grundlagen der Datenverarbeitung können Sie unter www.prokundo.de abrufen.

6. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-his.de.

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

HINWEISE ZUR VERLETZUNG DER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit die prokundo GmbH/der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsprozess gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund oder der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen die prokundo GmbH/der Versicherer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die prokundo GmbH/der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die prokundo GmbH/der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die prokundo GmbH/der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die prokundo GmbH/der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt der Versicherer dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der prokundo GmbH/dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die prokundo GmbH/der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht der prokundo GmbH/des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die prokundo GmbH/der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der prokundo GmbH/des Versicherers Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die prokundo GmbH/der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht wird die prokundo GmbH/der Versicherer Sie in der Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Die prokundo GmbH/der Versicherer kann ihre/seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die prokundo GmbH/der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von der prokundo GmbH/dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung der Rechte müssen die prokundo GmbH/der Versicherer die Umstände angeben, auf die die prokundo GmbH/der Versicherer ihre/seine Erklärung stützen. Zur Begründung kann die prokundo GmbH/der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die prokundo GmbH/der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn die prokundo GmbH/der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Unfallversicherung AusGleich

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG

EASY/SMART/BEST

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen und Ihren konkreten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen: Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung, gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Die prokundo GmbH handelt namens und in Vollmacht der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG. Diese ist Risikoträgerin Ihrer Versicherung.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Diese sichert Sie gegen Risiken durch Unfallverletzungen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Versicherte Geldleistungen

Sofern vereinbart:

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen);
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen;
- ✓ Leistung bei Unfalltod der versicherten Person;
- ✓ Krankentagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen;
- ✓ Genesungsgeld nach Krankenhausaufenthalten;
- ✓ Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen;
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze;
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen;
- ✓ Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderriss;
- ✓ Bonusleistung für Präventionsmaßnahmen;
- ✓ Kostenerstattung für die Reparatur von durch Unfall beschädigten Sportgeräten;
- ✓ Leistung bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit;
- ✓ Einmalzahlung für schwere Depressionen infolge Unfall.

Versicherte Dienstleistungen

Sofern vereinbart:

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z. B. Pflege, Menüservice);
- ✓ Professionelles Reha-Management.

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

Bestimmte Risiken sind jedoch nicht versichert. Dazu gehören z. B.:

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall);
- ✗ Krankenhausaufenthalte aus unfallfremden Gründen;
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung;
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung).



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen;
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat;
- ! Unfälle als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit hierfür nach deutschem Recht eine Erlaubnis erforderlich ist;
- ! Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, sofern die versicherte Person nicht auf Reisen im Ausland überraschend davon betroffen wird;
- ! Bandscheibenschäden.
- ! Infektionen und Vergiftungen (sofern diese nicht gesondert eingeschlossen sind)



Wo habe ich Versicherungsschutz?

- ✓ Sie haben rund um die Uhr und weltweit Versicherungsschutz.



Welche Pflichten habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte machen Sie bei Antragsaufnahme wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir Ihren Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Den ersten oder den einmaligen Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Damit wir den Beitrag von Ihrem Konto einziehen können, benötigen wir von Ihnen eine Einzugsermächtigung.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung.

Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Sofern nichts anderes vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch jeweils um ein weiteres Jahr. Ausnahme: Sie oder wir kündigen den Vertrag.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Vertrag täglich kündigen.

Eine Kündigung durch uns ist jeweils zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer möglich; diese muss Ihnen spätestens drei Monate vorher vorliegen.

Daneben können wir den Vertrag auch vorzeitig kündigen. Das ist z. B. nach einem Versicherungsfall möglich, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf Leistung erhoben haben. Dann endet der Vertrag bereits vor Ende der vereinbarten Dauer.“

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2019) – Fassung Juli 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 auch 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.

Ihre **prokundo** 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.

Der Versicherungsumfang

- 1. Was ist versichert?**
 - 1.1 Grundsatz
 - 1.2 Geltungsbereich
 - 1.3 Unfallbegriff
 - 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
 - 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
- 2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?**
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfallrente
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
 - 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.8 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
 - 2.9 Kosten für Such- Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**
 - 3.1 Krankheiten und Gebrechen
 - 3.2 Mitwirkung
- 4. Gestrichen**
- 5. Was ist nicht versichert?**
 - 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 6. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
 - 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
 - 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Der Leistungsfall

- 7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 9. Wann sind Leistungen fällig?**
 - 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
 - 9.2 Fälligkeit der Leistung
 - 9.3 Vorschüsse
 - 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

- 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
 - 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 - 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 - 10.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
 - 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
 - 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
 - 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 - 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

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

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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 Wirbel zerrt oder zerreißt.

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

Menisken und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden 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.

Als Unfall gilt ferner, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung anlässlich der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder von Sachen erleidet.

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, sofern der Versicherte nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistung 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

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung des Zustandes 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 18 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 21 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 einen Unfall eine schwere Kopfverletzung 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 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 % (= ein Zehntel von 70 %).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: 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.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

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

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfallrente

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.2.1

Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2

Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3

Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1

Wir zahlen die Unfallrente

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

2.2.3.2

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.3 Übergangsleistung

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.3.1

Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1

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 angerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.3.1.2

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.

Als Nachweis für die Beeinträchtigung gilt für Schüler und Studenten die Vorlage einer entsprechenden Krankschreibung durch den behandelnden Arzt und für Berufstätige die Vorlage einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den behandelnden Arzt.

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

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

2.3.2

Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Krankenhaustagegeld

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.4.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens einen Tag ununterbrochen und vollständig in der Ausübung

- ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.
- Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.4.2 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.
- 2.5 Genesungsgeld**
Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.
Für ambulante Operationen gilt das Genesungsgeld nicht.
- 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld bei vollstationärer Heilbehandlung leisten, längstens für 100 Tage.
- 2.6 Todesfalleistung**
Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.
- 2.6.2 Höhe der Leistung
Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.7 Kostenersatz für kosmetische Operationen**
Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:
- 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.
Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.
Die kosmetische Operation erfolgt
– durch einen Arzt,
– nach Abschluss der Heilbehandlung und
– bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- 2.7.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
– Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
– Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen und ist der Kostenersatz für kosmetische Operationen ganz oder teilweise beitragsfrei versichert, kann der beitragsfrei mitversicherte Kostenersatz für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.8 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen**
Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:
- 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person tritt wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme von mindestens drei Wochen Dauer an.
Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitationsmaßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
Die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen und ein Unfall-Krankenhaustagegeld schließen sich für denselben stationären Behandlungsaufenthalt gegenseitig aus.
Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.8.2 Höhe der Leistung
Die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen wird unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.9 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze**
Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:
- 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
– für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
– für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person 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.
- 2.9.2 Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme
- 2.10 Ausschluss der Summenanpassung (Dynamik)**
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
Falls Leistungen nach den Ziffern 2.7 bis 2.9 in Ihrem Vertrag beitragsfrei mitversichert sind, nehmen diese an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
- 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.
Beispiel: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung
- 3.2 Mitwirkung**
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:
- 3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
– bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads
– bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

- Beispiel:* Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %
- 3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.
- 4 Gestrichen**
- 5 Was ist nicht versichert?**
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle**
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
- Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
 - die Einnahme von Medikamenten,
 - Alkoholkonsum,
 - Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.
- Beispiele:*
Die versicherte Person
- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
 - kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
 - torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
 - balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.
- Ausnahme:*
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- Beispiel:*
Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.
- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Ausnahme:*
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Diese Ausnahme gilt nicht
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
 - bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung
- 5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
- Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
- Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.
- Ausnahme:*
– Ein Unfall nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
– für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
- Ausnahme:*
– Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
– für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- Beispiel:* Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
- 5.2.4 Infektionen.
- Ausnahme:*
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangen. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3)
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
- Ausnahme:*
Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

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 das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis, welches auszugsweise in den Kundeninformationen zu Ihrem Vertrag enthalten ist.

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkung der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese, sofern nicht etwas anderes vereinbart wird, nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist.

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

Der Leistungsfall

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.

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 der Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, 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 Versicherten, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

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

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

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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistung, 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

- bei Invalidität bis zu 10% der versicherten Summe.
- bei Unfallrente bis zu 1,5 Monatsrenten.
- bei Übergangsleistung bis zu 5% der versicherten Summe.
- bei Krankenhaustagegeld bis zu 5 Tagessätzen.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen bis zu 3 % der jeweils versicherten Summe.

Sonstige 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 zwei Wochen.

9.3 Vorschüsse

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

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über die 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 erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 4 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

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 den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

Bestand eine Vorversicherung, die um 24:00 Uhr des Tages vor dem Versicherungsbeginn dieses Vertrages endete, so besteht für diesen Vertrag ab 0:00 Uhr am Tag des Versicherungsbeginns Versicherungsschutz.

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.

Sie können den Vertrag täglich kündigen. Eine rückwirkende Kündigung ist nicht möglich.

Eine Kündigung durch uns ist nur zum jeweiligen Ablauf möglich; sie muss Ihnen spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragslaufzeit 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.

Auch bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag täglich kündigen. Eine rückwirkende Kündigung ist nicht möglich.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

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

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei 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 Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz,
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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.

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes

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

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 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 zugefallen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Rechtsnachfolger und sonstiger 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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
- 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles,
- 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 Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

13.3 Voraussetzung 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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

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

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

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

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 zum Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) 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 Wohnortes 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 Wohnortes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an Folgende Stellen gerichtet werden:

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

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Zusatzbedingung für die Beitrags-, Dynamik- und Vertragsanpassung in den verschiedenen Altersgruppen – Fassung Juli 2019

1. Bestimmungen für alle Altersgruppen

Der von Ihnen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Tarif für die entsprechend definierte Altersgruppe. Wir führen in den folgenden Altersgruppen zum Beginn jedes Versicherungsjahres eine Anpassung der zuletzt gültigen Beitragssätze um 5 Prozent durch.

Es gelten nachfolgende Altersgruppen:

1. Kinder: bis einschließlich 17 Jahre
2. Erwachsene in der Berufsgruppe A+: ab 45 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente: ab 45 Jahre bis einschließlich 64 Jahre)
3. Erwachsene in der Berufsgruppe A: ab 46 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente: ab 46 Jahre bis einschließlich 64 Jahre)
4. Erwachsene in der Berufsgruppe B+: ab 55 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente: ab 61 Jahre bis einschließlich 64 Jahre)
5. Erwachsene in der Berufsgruppe B: ab 65 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente: keine Beitragsanpassung)

Ausnahme: In der Berufsgruppe B+ findet im Alter 64 Jahre einmalig keine Beitragsanpassung statt.

Eine für den Vertrag vereinbarte planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) gemäß Ziffer 2. findet in diesen Altersgruppen generell nicht statt.

Zum Anpassungstermin erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Dieser Erhöhung können Sie innerhalb von sechs Wochen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) widersprechen. Auf diese Frist werden wir Sie jeweils hinweisen.

Im Falle des rechtzeitigen Widerspruchs wird die erfolgte Anpassung rückgängig gemacht. Anstelle der Beitragserhöhung werden wir dann die Versicherungssummen im entsprechenden Verhältnis reduzieren.

Die Summenreduzierung ist ausgeschlossen für die Leistungsbausteine ProAssistance, ProPsyche, ProAktiv und ProGesundheit. Sofern einer der vorgenannten Leistungsbausteine mitversichert ist, reduzieren sich die übrigen Leistungen im Falle einer gewünschten Summenreduzierung somit im Verhältnis entsprechend stärker.

Eine Reduzierung der Versicherungssummen ist nicht mehr möglich, wenn die vereinbarten beitragspflichtigen Versicherungssummen die folgenden Mindestbeträge unterschreiten:

- 20.000 EUR Grund-Invalidität
- 100 EUR Unfall-Rente.

2. Bestimmungen für eine vertraglich vereinbarte Dynamik (planmäßiger Zuwachs von Leistung und Beitrag)

Sofern der planmäßige Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart ist, gilt:

- 2.1 Soweit keine Beitragsanpassung nach den in Ziffer 1 genannten Altersgruppen durchgeführt wird, erhöhen sich die zuletzt gültigen beitragspflichtigen Versicherungssummen jährlich (jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres) um 5 Prozent.

Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts-, Todesfall und Übergangsleistung auf volle 500 EUR, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld und Unfall-Rente auf volle EUR aufgerundet.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

- 2.2 Zum Erhöhungstermin erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

- 2.3 Die Vereinbarung zur planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag können Sie jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach der Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziffer 2.2. Auf den Fristablauf werden wir Sie jeweils hinweisen. Ihr Widerruf ist an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.

- 2.4 Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

- 2.5 Die Versicherungssummen für die Leistungsbausteine ProAktiv, ProGesundheit, ProPsyche und ProAssistance sowie alle beitragsfrei versicherten Leistungen nehmen an den Erhöhungen nicht teil.

- 2.6 Die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag erlischt auch ohne einen Widerruf durch Sie oder uns, wenn

– bei der nächsten planmäßigen Erhöhung eine der nachstehenden Versicherungssummen überschritten würde:

- 1.500.000 EUR für Unfall-Invalidität (Höchstleistung bei Vollinvalidität)
- 500.000 EUR für Unfall-Tod
- 50.000 EUR für Übergangsleistung
- 3.000 EUR für Unfall-Rente
- 200 EUR für Unfall-Krankenhaustagegeld
- 200 EUR für Unfall-Genesungsgeld

oder

– eine der versicherten Personen das 83. Lebensjahr vollendet hat.

3. Bestimmungen für die Vertragsanpassung bei Erreichen bestimmter Altersgrenzen

Für bestimmte Leistungskomponenten endet die Mitversicherung mit Erreichen bestimmter Altersgrenzen, ohne dass es hierfür einer Kündigung durch Sie oder uns bedarf. Sofern es sich dabei um bisher beitragspflichtig mitversicherte Leistungen oder Leistungskomponenten handelt, ermäßigt sich der Beitrag entsprechend um diesen Beitragsanteil. Bei bisher beitragsfrei mitversicherten Leistungskomponenten entfallen diese entsprechend ersatzlos.

Die nachfolgenden Leistungen und / oder Leistungskomponenten enden zu folgenden Hauptfälligkeiten:

1. Zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres, sofern diese bisher vereinbart waren:
 - Ziffer 80 (Nachversicherungsgarantie) der Besonderen Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung
 - Ziffer 77 (Sofortleistung bei bestimmten Krebserkrankungen) der Besonderen Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz
 - Leistungsbaustein ProGesundheit
 - Leistungsbaustein ProPsyche
2. Zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 75. Lebensjahres, sofern diese bisher vereinbart waren:
 - Ziffer 7.1 (10 Jahre Rentengarantie) der Besonderen Bedingungen für den EASY-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung
 - Ziffer 11.1 (10 Jahre Rentengarantie) der Besonderen Bedingungen für den SMART-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung
 - Ziffer 11.1 (10 Jahre Rentengarantie) der Besonderen Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Die übrigen Bestimmungen zu einer vereinbarten Unfall-Rente (lebenslange Rentenzahlung ab 50% Unfall-Invalidität) bleiben erhalten,

 - Ziffer 20 (Mitwirkung von Vorerkrankungen) der Besonderen Bedingungen für den SMART-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung
 - Ziffer 31 (Mitwirkung von Vorerkrankungen) der Besonderen Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Es gelten die Regelungen der Ziffer 3 AUB,

 - Leistungsbaustein ProAktiv
3. Zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 82. Lebensjahres, sofern diese bisher vereinbart waren:
 - Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag

Über den Ausschluss bisher beitragspflichtig mitversicherter Leistungen und über den neuen veränderten Beitrag werden Sie von uns mittels eines Nachtrags zum Versicherungsschein unterrichtet.

Besondere Bedingungen für den EASY-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen in den Ziffern 4. und 26. - 28., genannten Geldbeträge nehmen an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

1. Was gilt bei Ertrinken, Erstickten und Erfrieren?
2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?
3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?
4. Was gilt für Druckkammerkosten?
5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?
6. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust / Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder innerer Organen?
7. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?
8. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?
9. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?
10. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?
11. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenußes eingeschlossen?
12. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?
13. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?
14. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?
15. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?
16. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?
17. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?
18. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?
19. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?
20. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen eingeschlossen?
21. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?
22. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?
23. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?
24. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?
25. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?
26. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?
27. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?
28. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?
29. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?
30. Was gilt für die GDV-Mindeststandards?
31. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?
32. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

1. Was gilt bei Ertrinken, Erstickten und Erfrieren?

Ziffer 1.3 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall-Tod gilt auch Ertrinken, Erstickten und Erfrieren, einschließlich Tod durch Unterkühlung und Sauerstoffentzug

2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?

Sonnenbrände, Sonnenstiche und Erfrierungen, die als Folge eines Unfalles im Sinne der Ziffer 1.3 AUB auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst

3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?

In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB fallen tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen unter den Versicherungsschutz.

4. Was gilt für Druckkammerkosten?

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich missachtet wurden. Die Kosten für Druckkammerbehandlungen werden bis zu 50.000 EUR erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu 50.000 EUR erstattet.

5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 1.3 AUB wird der Begriff der Plötzlichkeit bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe auch dann angenommen, wenn der Versicherte den Einwirkungen unfreiwillig über mehrere Stunden ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben solche Gesundheitsschädigungen, die durch das normale berufliche Umgehen mit solchen Stoffen entstehen.

6. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust / Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder inneren Organen?

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %

Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %

Auge	50 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Niere	20 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %

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

7. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?

7.1 Ziffer 2.2 AUB wird wie folgt ergänzt:

Stirbt die versicherte Person, unabhängig von der Todesursache, vor Ablauf von 10 Jahren ab dem Tag des Unfalls gerechnet, der eine Unfall-Rentenleistung ausgelöst hat, so wird die Unfall-Rente bis zum Ende des 10. Jahres nach dem Unfall an den Bezugsberechtigten gezahlt.

Dies gilt nicht, falls die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 75. Lebensjahr vollendet hat.

7.2 Die Leistungen aus einer Unfall-Renten-Versicherung werden für jede versicherte Person nur einmal gewährt.

Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag auf Unfall-Rente, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des den Leistungsfall auslösenden Unfallereignisses.

Ist neben der Unfall-Renten-Leistung auch eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung für den Verletzten versichert, bleibt die Versicherung insoweit bestehen, als sie sich auf diese Unfall-Invaliditätsleistung und etwa mitversicherte Zusatzleistungen für den Verletzten bezieht. Es erlischt lediglich die Versicherung der Unfall-Rente mit dem Tag des Unfalles der zu einer versicherten Rentenleistung geführt hat.

7.3 Falls dies besonders vereinbart wurde und der hierfür erforderliche Beitragszuschlag gezahlt wird, gilt:

Die Rentenzahlungen an den Versicherten erhöhen sich von Jahr zu Jahr, beginnend mit dem zweiten Jahr des Rentenbezugs, jeweils um 2 Prozent des monatlichen Vorjahresbetrages (Rentendynamik).

8. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.4.2 AUB gilt:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Für unfallbedingt durchgeführte ambulante chirurgische Operationen gelten die Regelungen von Ziffer 2.4.2 AUB unverändert. Als Nachweis für die unter Ziffer 2.4.1 AUB genannte Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, genügt die Vorlage einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder Krankschreibung durch den behandelnden Arzt.

9. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

In Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB entfällt der Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld jedoch nicht, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

10. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?

Ziffer 2.5 AUB wird wie folgt geändert:

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für drei Jahre, und zwar:

für den 1. bis 100. Tag	100 Prozent
für den 101. bis 365. Tag	50 Prozent
ab dem 366. Tag	25 Prozent

des vereinbarten Genesungsgeldes.

11. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Alkohol bedingten Bewusstseinsstörungen beruhen; bei Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht übersteigt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.1.2 AUB – Ausführung oder Versuch der Ausführung von Straftaten – bleibt daneben bestehen.

12. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge Falscheinahme ärztlich verordneter Medikamente beruhen.

13. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?

In teilweiser Erweiterung der Ziffer 5.1.3 AUB erlischt der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden, am Ende des 14. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

14. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?

In Ergänzung zu Ziffer 5.1.4 AUB besteht dagegen Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprünge.

15. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges mitversichert, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten).

16. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maser- sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

17. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?

17.1 Für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Heilpersonal (Krankenpfleger/innen und Krankenschwestern, medizinische Fachangestellte), Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Anhauchen und Anniesen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

17.2 Für Chemiker und Desinfektoren gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die, die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen.

Für Desinfektoren gilt zusätzlich:

Wird der Desinfektor, infolge seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z.B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, von derselben Krankheit ergriffen (nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet), so gilt dies als Unfall.

18. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?

Ziffer 5.2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sofern es sich nicht um Insektenstiche oder -bisse, sowie Stiche oder Bisse von Spinnentieren handelt.

19. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?

Ziffer 5.2.5 Absatz 2 und 3 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

20. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB sind Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen, sowie Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Personen schädlichen Stoffen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

21. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.6 AUB sind solche psychischen Erkrankungen eingeschlossen, die auf einer durch einen Unfall entstandenen organischen Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems beruhen. Das gilt auch für eine durch einen Unfall neu entstandene Epilepsie.

22. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

Eine Verminderung der Versicherungssumme nach Ziffer 6.2.2 Absatz 1 AUB unterbleibt, wenn die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich nicht angezeigt wurde. Die Prämienberechnung und -berichtigung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Änderung an.

23. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?

In Ergänzung und teilweiser Abänderung von Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

24. Welche Meldefrist gilt bei Unfalldod?

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Wir werden uns auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheiten treffen können.

25. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

26. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?

Ist die versicherte Person direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt und benötigt sie zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe, übernehmen wir auf Ihren Wunsch die nachgewiesenen Kosten für eine erste psychologische Beratung durch einen Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Sollte weitere psychologische Unterstützung notwendig sein, übernehmen wir auch die nachgewiesenen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm durch den Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Die psychologische Unterstützung wird in den ersten drei Monaten nach dem Unfallereignis erbracht und ist auf insgesamt maximal 1.000 EUR begrenzt. Soweit für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder andere private Versicherungen) leistungspflichtig ist, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor.

27. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr oder liegt infolge des Unfalles eine Berufsunfähigkeit von mindestens 75 Prozent vor und wird aus diesem Grund eine Umschulungsmaßnahme innerhalb von fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet durchgeführt, übernehmen wir die hierfür anfallenden Schulungs- und Prüfungsgebühren bis zu 20 Prozent der Grund-Invaliditätssumme, maximal 10.000 EUR.

Kosten für Unterbringung und Verpflegung übernehmen wir nicht.

Berufsunfähigkeit in Sinne dieser Bedingung liegt vor, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles auch nach Abschluss der Heilbehandlung außerstande ist, ihren bisher ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umschulungsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

28. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?

Wenn Sie während der Versicherungsdauer heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat mit 20.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln beitragsfrei mitversichert.

Wenn Sie Ihren Ehepartner innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern oder Ihr Ehepartner selbst eine Versicherung bei uns abschließt, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für Ihre Kinder, die während der Versicherungsdauer geboren werden, besteht ab Beendigung der Geburt für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 20.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das Neugeborene innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für von Ihnen während der Vertragslaufzeit adoptierte Kinder im Alter von unter 14 Jahren besteht ab Rechtswirksamkeit der Adoption für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 20.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das adoptierte Kind innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass Sie selbst über diesen Vertrag versichert sind.

29. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?

Falls die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

30. Was gilt für die GDV-Mindeststandards?

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Musterbedingungen AUB von März 2014).

31. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

32. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

Falls Sie als unser Versicherungsnehmer arbeitslos geworden sind, können Sie eine Außerkräftsetzung der Unfallversicherung beantragen. Die Arbeitslosigkeit muss uns durch geeignete Unterlagen (z. B. Kopie des Bescheides über Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe oder Sozialunterstützung) nachgewiesen werden.

Den Beginn Außerkräftsetzung können Sie wählen, er kann jedoch nicht vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem Sie den Antrag auf Außerkräftsetzung bei uns stellen.

Die Unfallversicherung lebt wieder auf, sobald Sie dies bei uns beantragen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Beginn der Außerkräftsetzung. Dauert Ihre Arbeitslosigkeit dann noch an, können Sie eine Verlängerung der Außerkräftsetzung unter Vorlage von Nachweisen beantragen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich – außer bei Fondsgebundenen Unfallversicherungen – um die Zeit der Außerkräftsetzung.

Besondere Bedingungen für den SMART-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen in den Ziffern 4., 16., 44., 49. und 51. – 57. genannten Geldbeträge nehmen an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

1. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Unterkühlung, Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug?
2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?
3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?
4. Was gilt für Druckkammerkosten?
5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?
6. Was gilt für Explosions-, Schall-, sonstige Druckwellen, mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung?
7. Was gilt für Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung?
8. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?
9. Wie lang ist die Frist zur Anmeldung von Invaliditätsansprüchen?
10. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust / Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder innerer Organe?
11. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?
12. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?
13. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?
14. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?
15. Was gilt bei Krankenhausaufenthalt im Ausland?
16. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von minderjährigen Kindern eingeschlossen?
17. Was gilt für Zahnersatz im Rahmen des Kostenersatzes für kosmetische Operationen?
18. Was gilt für ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen?
19. Welcher Umfang gilt für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze?
20. Was gilt bei Mitwirkung von Vorerkrankungen am Unfall oder dessen Folgen?
21. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenußes eingeschlossen?
22. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?
23. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen eingeschlossen?
24. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?
25. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle eingeschlossen?
26. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?
27. Was gilt für Unfälle von Minderjährigen infolge unerlaubten Fahrens eines Pkw?
28. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?
29. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?
30. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?
31. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?
32. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?
33. Was gilt für das Schneiden und Feilen von Nägeln, Hornhaut oder Hühneraugen?
34. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Infektionen und Infektionskrankheiten eingeschlossen?
35. In welchem Umfang sind Infektionen durch geringfügige Hautverletzungen eingeschlossen?
36. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?
37. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?
38. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen eingeschlossen?
39. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?
40. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?
41. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?
42. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?
43. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?
44. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?
45. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?
46. Wann übernehmen wir die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit?
47. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad des Versicherungsnehmers ab 50 Prozent?
48. In welchem Umfang werden Verdienstaufschläge bei Selbstständigen übernommen?
49. In welchem Umfang werden Vorschusszahlungen unabhängig von einer vereinbarten Todesfalleistung erbracht?
50. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?
51. In welchem Umfang wird eine Soforthilfe bei einer unfallbedingten Schwerverletzung gezahlt?
52. In welchem Umfang werden Kosten für eine Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung gezahlt?
53. In welchem Umfang wird Nachhilfeunterricht für minderjährige Kinder gezahlt?
54. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?
55. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?
56. Was gilt für unfallbedingt notwendige Umbaumaßnahmen?
57. In welchem Umfang werden Mehraufwendungen für unfallbedingt notwendige Hilfsmittel übernommen?
58. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?
59. Was gilt für die GDV- Mindeststandards?
60. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

1. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Unterkühlung, Flüssigkeits- Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug?

Ziffer 1.3 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall-Tod gilt auch Ertrinken, Ersticken, Erfrieren einschließlich Tod durch Unterkühlung und Sauerstoffentzug, sowie unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits- und Nahrungsmittelentzug.

2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?

Sonnenbrände, Sonnenstiche und Erfrierungen, die als Folge eines Unfalles im Sinne der Ziffer 1.3 AUB auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?

In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB fallen tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen unter den Versicherungsschutz.

4. Was gilt für Druckkammerkosten?

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet.

Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich missachtet wurden.

Die Kosten für Druckkammerbehandlungen werden bis zu 50.000 EUR erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu 50.000 EUR erstattet.

5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 1.3 AUB wird der Begriff der Plötzlichkeit bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmend gasförmige Stoffe, Dämpfe, Dünste, Staubwolken und Säuren auch dann angenommen, wenn der Versicherte den Einwirkungen unfreiwillig über mehrere Stunden ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben solche Gesundheitsschädigungen, die durch das normale berufliche Umgehen mit solchen Stoffen entstehen.

6. Was gilt für Explosions-, Schall-, sonstige Druckwellen, mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung?

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person durch Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen, sowie infolge mechanischer, chemischer oder elektrischer Einwirkung unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ausgeschlossen bleiben Berufskrankheiten und solche Gesundheitsschädigungen, die durch das regelmäßige Umgehen mit solchen Stoffen oder strahlenerzeugenden Apparaten entstehen.

7. Was gilt für Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

8. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte

- Bauch- oder Unterleibsbrüche,
- Verrenkungen von Gelenken,
- Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

9. Wie lang ist die Frist zur Anmeldung von Invaliditätsansprüchen?

Die in Ziffer 2.1.1.2 AUB genannten Fristen werden wie folgt geändert:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

10. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust / Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder innerer Organe

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	28 %
Zeigefinger	18 %
anderer Finger	12 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
wenn die Sehkraft auf dem anderen Auge bereits verloren war	100 %
Stimme	100 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
wenn das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war	80 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Niere	25 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %
Lungenflügel	50 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

11. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?

11.1 Ziffer 2.2 AUB wird wie folgt ergänzt:

Stirbt die versicherte Person, unabhängig von der Todesursache, vor Ablauf von 10 Jahren ab dem Tag des Unfalls gerechnet, der eine Unfall-Rentenleistung ausgelöst hat, so wird die Unfall-Rente bis zum Ende des 10. Jahres nach dem Unfall an den Bezugsberechtigten gezahlt.

Dies gilt nicht, falls die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 75. Lebensjahr vollendet hat.

11.2 Die Leistungen aus einer Unfall-Renten-Versicherung werden für jede versicherte Person nur einmal gewährt.

Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag auf Unfall-Rente, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des Leistungsfall auslösenden Unfallereignisses.

Ist neben der Unfall-Renten-Leistung auch eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung für den Verletzten versichert, bleibt die Versicherung insoweit bestehen, als sie sich auf diese Unfall-Invaliditätsleistung und etwa mitversicherte Zusatzleistungen für den Verletzten bezieht. Es erlischt lediglich die Versicherung der Unfall-Rente mit dem Tag des Unfalles der zu einer versicherten Rentenleistung geführt hat.

11.3 Falls dies besonders vereinbart wurde und der hierfür erforderliche Beitragszuschlag gezahlt wird, gilt:

Die Rentenzahlungen an den Versicherten erhöhen sich von Jahr zu Jahr, beginnend mit dem zweiten Jahr des Rentenbezugs, jeweils um 2 Prozent des monatlichen Vorjahresbetrages (Rentendynamik).

12. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.4.2 AUB gilt:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Für unfallbedingt durchgeführte ambulante chirurgische Operationen gelten die Regelungen von Ziffer 2.4.2 AUB unverändert. Als Nachweis für die unter Ziffer 2.4.1 AUB genannte Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, genügt die Vorlage einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder Krankschreibung durch den behandelnden Arzt.

13. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

In Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB entfällt der Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld jedoch nicht, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

14. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?

Ziffer 2.5 AUB wird wie folgt geändert:

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für drei Jahre, und zwar:

für den	1. bis 100. Tag	100 Prozent
für den	101. bis 365. Tag	50 Prozent
ab dem	366. Tag	25 Prozent

des vereinbarten Genesungsgeldes.

15. Was gilt bei Krankenhausaufenthalt im Ausland?

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldsatzes. Das Genesungsgeld wird in der Höhe des einfachen Satzes gezahlt.

16. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von minderjährigen Kindern eingeschlossen?

Falls durch diesen Vertrag Kinder mitversichert sind, gilt:

Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Rooming-in-Übernachtung ein Betrag in Höhe von 30 EUR gezahlt, sofern das Kind bei Beginn des Krankenhausaufenthaltes das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

17. Was gilt für Zahnersatz im Rahmen des Kostenersatzes für kosmetische Operationen?

Falls im Versicherungsschein ein Kostenersatz für kosmetische Operationen ausgewiesen ist, gilt:

Ziffer 2.7 AUB wird wie folgt erweitert:

Bei Verlust oder Beschädigung von Zähnen des Versicherten durch einen Unfall übernehmen wir für einen dadurch erforderlichen Zahnersatz im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für den Kostenersatz für kosmetische Operationen auch die von Ihnen zu tragenden Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

18. Was gilt für ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen?

In Erweiterung von Ziffer 2.8.1 AUB zahlen wir die vereinbarte Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen auch bei ambulanten oder teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen von mindestens drei Wochen Dauer. Die übrigen Regelungen und Voraussetzungen für die Leistung gemäß Ziffer 2.8.1 AUB finden auch für diese Erweiterung unverändert Anwendung.

19. Welcher Umfang gilt für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze?

Ziffer 2.9 AUB wird wie folgt erweitert:

Im Rahmen der im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungssumme für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungskosten ersetzen wir

- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückzuführen sind oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;
- bei Unfalltod der versicherten Person im Inland die Kosten für die Überführung zu deren letzten ständigen Wohnsitz;

- bei Unfalltod der versicherten Person im Ausland die Kosten für deren Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

20. Was gilt bei Mitwirkung von Vorerkrankungen am Unfall oder dessen Folgen

In Abänderung von Ziffer 3.2.2 AUB erfolgt eine Minderung bzw. ein Abzug erst ab einem Mitwirkungsanteil von 60 Prozent, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist.

21. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Alkohol bedingten Bewusstseinsstörungen beruhen; bei Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,3 Promille nicht übersteigt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.1.2 AUB – Ausführung oder Versuch der Ausführung von Straftaten – bleibt daneben bestehen.

22. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge Falscheinahme ärztlich verordneter Medikamente beruhen.

23. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle der versicherten Person eingeschlossen, die durch Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) beruhen.

Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung der K.-o.-Tropfen der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort entsprechend protokolliert wurde.

24. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurden.

Unsere Leistung wird in diesem Fall nicht um den Anteil der Mitwirkung der Erkrankung gekürzt.

25. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle beruhen.

26. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?

In teilweiser Abänderung und in Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB wird der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder ein Ohnmachtsanfall nicht als Bewusstseinsstörung angesehen.

27. Was gilt für Unfälle von Minderjährigen infolge unerlaubten Fahrens und Führens eines Pkw?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle von Minderjährigen infolge Fahrens und Führens eines Pkw ohne gültige Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) eingeschlossen vorausgesetzt, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

28. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

29. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?

In teilweiser Erweiterung der Ziffer 5.1.3 AUB erlischt der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden, mit Beginn des 22. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

30. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB besteht Versicherungsschutz für

- Personen, die nicht zur Besatzung zählen, auch wenn diese mit Hilfe eines Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben (z. B. für Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen);
- Passagiere in Luftfahrzeugen;
- Fluggästen in Luftsportgeräten (z. B. Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen);
- Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist.

Versicherungsschutz besteht ferner beim Kitesurfen.

31. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges mitversichert, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten).

Fahrten mit (Go-)Karts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorkartbahnen zur Verfügung gestellt werden, gelten als mitversichert, falls die Fahrten

- reinen Freizeitcharakter aufweisen und
- die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert werden, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

Mitversichert ist ferner die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeugs im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Ausgeschlossen bleiben Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

32. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

33. Was gilt für das Schneiden und Feilen von Nägeln, Hornhaut oder Hühneraugen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB sind Gesundheitsschäden durch das Schneiden, Feilen, Abschmirgeln von Finger- und / oder Fußnägeln, Hühneraugen oder Hornhaut eingeschlossen.

34. In welchem Umfang sind Infektionen und Infektionskrankheiten eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 und 5.2.4 AUB fallen auch solche Gesundheitsschädigungen unter den Versicherungsschutz, die sich als Folge einer

I. durch Zeckenbiss übertragenen Infektion (FSME, Borreliose) ergeben, sowie auch Gesundheitsschädigungen als Folge einer Schutzimpfung gegen FSME Zeckeninfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf. Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir für FSME und Borreliose nur aus den vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) oder Tod (Ziffer 2.6 AUB).

II. Infektion durch

a) Bisse oder Stiche von Insekten oder Spinnentieren einschließlich Infektionsfolgen

b) Infektionskrankheiten

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch folgende Infektionskrankheiten:

Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Röteln, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tetanus (Wundstarrkrampf).

Eingeschlossen sind ebenfalls Impfschäden bei Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten.

Leistungen im Rahmen der Erweiterung gem. II. a) und II. b) erbringen wir nur aus der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB).

III. Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt zusätzlich:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Diphtherie, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Keuchhusten, Masern, Scharlach und Windpocken.

Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir nur aus den vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) oder Tod (Ziffer 2.6 AUB).

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die genannten Infektionskrankheiten.

Für die Punkte II. und III. gilt:

Ausgeschlossen bleiben solche Infektionen, die sich die versicherte Person infolge eines Ereignisses zuzieht, das im Zusammenhang steht mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, inneren Unruhen oder kriminellen Handlungen.

Für die Erweiterung des Versicherungsschutzes gem. Punkt II. und III. gilt eine Wartezeit von drei Monaten, d. h. Versicherungsschutz besteht nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung nicht früher als drei Monate nach Versicherungsbeginn stattgefunden hat.

Für die Punkte I. bis III. gilt:

Als Versicherungsfall gilt die erstmalig gestellte ärztliche Diagnose über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

35. In welchem Umfang sind Infektionen durch geringfügige Hautverletzungen eingeschlossen?

Eingeschlossen sind in Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB Infektionen durch geringfügige Hautverletzungen.

Voraussetzung für die Leistung ist,

– dass uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde und

– der Nachweis über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir nur aus der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB).

36. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?

36.1 Für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Heilpersonal (Krankenpfleger/innen und Krankenschwestern, medizinische Fachangestellte), Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Anhauchen und Anniesen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

36.2 Für Chemiker und Desinfektoren gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die, die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen.

Für Desinfektoren gilt zusätzlich:

Wird der Desinfektor, infolge seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, von derselben Krankheit ergriffen (nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet), so gilt dies als Unfall.

37. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?

Ziffer 5.2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sofern es sich nicht nur um geringfügige Unfallverletzungen gemäß Ziffer 5.2.4 AUB handelt.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen auf Bisse oder Stiche von Insekten oder Spinnentieren.

38. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.5 sind Gesundheitsschädigungen infolge von Nahrungsmittelvergiftungen und infolge von Vergiftungen durch die Einnahme fester und flüssiger Stoffe durch den Schlund eingeschlossen.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

39. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.6 AUB sind solche psychischen Erkrankungen eingeschlossen, die auf einer durch einen Unfall entstandenen organischen Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems beruhen. Das gilt auch für eine durch einen Unfall neu entstandene Epilepsie.

40. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

Eine Verminderung der Versicherungssumme nach Ziffer 6.2.2 Absatz 1 AUB unterbleibt, wenn die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich nicht angezeigt wurde. Die Prämienberechnung und -berichtigung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Änderung an.

41. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?

In Ergänzung und teilweiser Abänderung von Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

42. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 21 Tage verlängert. Wir werden uns auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheiten treffen können.

43. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

44. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?

Ist die versicherte Person direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt und benötigt sie zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe, übernehmen wir auf Ihren Wunsch die nachgewiesenen Kosten für eine erste psychologische Beratung durch einen Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Sollte weitere psychologische Unterstützung notwendig sein, übernehmen wir auch die nachgewiesenen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm durch den Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Die psychologische Unterstützung wird in den ersten drei Monaten nach dem Unfallereignis erbracht und ist auf insgesamt maximal 1.000 EUR begrenzt. Soweit für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder andere private Versicherungen) leistungspflichtig ist, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor.

45. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

Falls Sie als unser Versicherungsnehmer arbeitslos geworden sind und die Voraussetzungen für eine Beitragsübernahme nach Ziffer 46 nicht erfüllt sind, können Sie eine Außerkraftsetzung der Unfallversicherung beantragen. Die Arbeitslosigkeit muss uns durch geeignete Unterlagen (z. B. Kopie des Bescheides über Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe oder Sozialunterstützung) nachgewiesen werden.

Den Beginn Außerkraftsetzung können Sie wählen, er kann jedoch nicht vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem Sie den Antrag auf Außerkraftsetzung bei uns stellen.

Die Unfallversicherung lebt wieder auf, sobald Sie dies bei uns beantragen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Beginn der Außerkraftsetzung. Dauert Ihre Arbeitslosigkeit dann noch an, können Sie eine Verlängerung der Außerkraftsetzung unter Vorlage von Nachweisen beantragen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich – außer bei Fondsgebundenen Unfallversicherungen – um die Zeit der Außerkraftsetzung.

46. Wann übernehmen wir die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit?

46.1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer unter den in Ziffer 46.2 dieser Besonderen Bedingungen genannten Voraussetzungen arbeitslos, so übernehmen wir die Beitragszahlung für diesen Versicherungsvertrag in dem in Ziffer 46.3 beschriebenen Umfang. Diese Leistung erbringen wir nicht, wenn eine andere Person arbeitslos wird.

Bei Fondsgebundenen Unfallversicherungen übernehmen wir die Beitragszahlung nur für den Anteil der Unfallversicherung an dem Vertrag. Die übrigen Vertragsbestandteile werden für diesen Zeitraum außer Kraft gesetzt.

46.2 Leistungsvoraussetzung

Allgemein (Karenz- und Wartezeiten):

- Sie sind seit mindestens drei Monaten ununterbrochen arbeitslos (Karenzzeit). Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen und beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind sowie Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen.
- Die Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Versicherungsschutzes eingetreten (Wartezeit).

Als Arbeitnehmer(in):

- Sie waren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit jeweils mindestens ein Jahr ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und unbefristeten Arbeitsverhältnis mindestens 15 Stunden wöchentlich beschäftigt.

Hinweis:

Wehr- und Zivildienst, Saison- und Kurzarbeit, sowie eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des Gesetzes über geringfügige Beschäftigungen gilt nicht als Beschäftigung im Sinne dieser Bedingungen.

Als Auszubildende(r):

- Sie werden nach erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung arbeitslos, weil Ihr Arbeitgeber Sie im Anschluss an die Ausbildung nicht in ein Beschäftigungsverhältnis übernimmt.

Sonstige Voraussetzungen:

- Bei Beginn der Arbeitslosigkeit hat kein Beitragsrückstand bestanden.

Hinweis:

Sollte ein Beitragsrückstand bestanden haben, können Sie unter Vorlage geeigneter Nachweise eine Außerkraftsetzung des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 45 beantragen.

- Sie haben Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht.

Nicht versicherte Personen:

- Für Selbstständige (auch Angehörige freier Berufe) sowie nicht Berufstätige (auch Schüler und Studenten) gilt die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers nicht.

**46.3 Ab wann werden die Beiträge für wie lange übernommen?
Welche Folgebescheinigungen müssen wann vorgelegt werden?**

Sind die Voraussetzungen für die Versicherungsleistung nach Ziffer 46.2 erfüllt, so übernehmen wir die Beitragszahlung für Ihren Vertrag ab dem 4. Monat der Arbeitslosigkeit, längstens für weitere 24 Monate.

Dies gilt auch, wenn der Vertrag rechtsgültig gekündigt wurde und die Arbeitslosigkeit vor dem Wirksamkeitstermin der Kündigung eingetreten und geltend gemacht wurde.

In Abständen von sechs Monaten müssen Sie uns durch die rechtzeitige Vorlage weiterer amtlicher Bescheinigungen (Ziffer 46.2, Sonstige Voraussetzungen, letzter Punkt) oder sonstiger geeigneter Unterlagen nachweisen, dass die Arbeitslosigkeit weiter besteht. Die Bescheinigung ist dann rechtzeitig vorgelegt, wenn sie uns innerhalb des Zeitraums, in dem wir die Beitragszahlung für Sie übernehmen, zugeht.

**46.4 Was ist bei Ende der Arbeitslosigkeit zu beachten?
Wann endet die Beitragsübernahme durch uns?**

Die Beendigung Ihrer Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich schriftlich anzeigen.

Unsere Verpflichtung zur Beitragsübernahme erlischt mit Ablauf des Monats, in dem Ihre Arbeitslosigkeit endet oder mit Ablauf des unter 46.3 genannten maximalen Übernahmzeitraums, spätestens aber mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

46.5 Wann endet der Versicherungsschutz zur Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers?

Die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns bei Arbeitslosigkeit endet mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

Die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns endet vor Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn Sie kein Beschäftigungsverhältnis mehr ausüben und die Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses nicht beabsichtigen. Sie endet ferner, wenn Sie eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit aufnehmen. In beiden Fällen endet die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem abhängigen Beschäftigungsverhältnis.

47. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad des Versicherungsnehmers ab 50 Prozent?

Wenn Sie über diesen Vertrag versichert sind und während der Vertragslaufzeit

- einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB erleiden und
- auf Grund dieses Unfalles einen Anspruch auf Invaliditätsleistung aus diesem Vertrag infolge eines festgestellten Invaliditätsgrades von mindestens 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB haben,

gilt Folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt,

- für Ihre Kinder bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet,

- für Sie und Ihren mitversicherten Ehegatten/Ihre mitversicherte Ehegattin oder Lebensgefährten/ Lebensgefährtin bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das jüngste mitversicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Diese Regelungen gelten auch, wenn der Vertrag rechtsgültig gekündigt wurde, die im Absatz 1 beschriebenen Voraussetzungen jedoch vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung eintreten.

48. In welchem Umfang werden Verdienstauffälle bei Selbstständigen übernommen?

In Ergänzung zu Ziffer 7.3 AUB in Verbindung mit Ziffer 9.1 AUB gilt für Selbstständige:

Werden Ärzte von uns beauftragt, übernehmen wir die notwendigen Kosten in der unter Ziffer 9.1 genannten Höhe. Verdienstauffälle übernehmen wir für Selbstständige bis zu 1,5 Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 500 EUR.

49. In welchem Umfang werden Vorschusszahlungen unabhängig von einer vereinbarten Todesfalleistung erbracht?

In Ergänzung zu Ziffer 9.3 AUB kann eine angemessene Vorschusszahlung auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bei laufendem Heilverfahren dann beantragt werden, wenn keine Todesfalleistung vereinbart ist, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

50. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?

Ziffer 11.6 AUB wird wie folgt ergänzt:

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin oder Lebensgefährtin/Lebensgefährtin über diesen Vertrag versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diese(n). Diese Beitragsbefreiung endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

Verstirbt der Versicherungsnehmer nach einer rechtsgültig ausgesprochenen Kündigung, aber vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung, bleiben die Regelungen zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers von dieser Kündigung unberührt.

51. In welchem Umfang wird eine Soforthilfe bei einer unfallbedingten Schwerverletzung gezahlt?

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer der nachfolgend genannten schweren Verletzungen, zahlen wir einmalig eine Soforthilfe in Höhe von 10 Prozent der Grund-Invaliditätssumme, maximal 20.000 EUR:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion oder Hirnblutung),
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehbehinderung nicht mehr als 1/20 Sehschärfe beider Augen,

oder

- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarms oder des Ober- und Unterschenkels,
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,

oder

- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Soforthilfe entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb von 48 Stunden an den Unfallfolgen stirbt.

Das Vorliegen einer der genannten schweren Verletzungen als Voraussetzung für die Zahlung der Sofortleistung muss uns unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gemeldet und anhand einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt werden.

Sobald die genannten Voraussetzungen erfüllt sind, zahlen wir die Soforthilfeleistung.

Die Soforthilfe-Leistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 AUB angerechnet.

52. In welchem Umfang werden Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung gezahlt?

Befindet sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende und über diesen Vertrag versicherte Person infolge eines über diesen Vertrag versicherten Unfalles in vollstationärer Heilbehandlung, übernehmen wir für die Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung

Voraussetzung für die Leistung ist, dass im Haushalt der verunfallten versicherten Person mindestens ein Kind unter 14 Jahre zu versorgen ist, für das die verunfallte versicherte Person unterhaltspflichtig ist.

Die unfallbedingte vollstationäre Heilbehandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Sind die Voraussetzungen für die Kostenübernahme erfüllt, zahlen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung bis zu 100 EUR je Tag des vollstationären Aufenthaltes, maximal jedoch 3.000 EUR je Unfallereignis.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

53. In welchem Umfang wird Nachhilfeunterricht für minderjährige Kinder gezahlt?

Kann das versicherte minderjährige Kind infolge eines Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EUR pro ausgefallenem Schultag, maximal jedoch 3.000 EUR je Unfallereignis.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für den Nachhilfeunterricht nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

54. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?

Wenn Sie während der Versicherungsdauer heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat mit 30.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln beitragsfrei mitversichert.

Wenn Sie Ihren Ehepartner innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern oder Ihr Ehepartner selbst eine Versicherung bei uns abschließt, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für Ihre Kinder, die während der Versicherungsdauer geboren werden, besteht ab Beendigung der Geburt für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 30.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das Neugeborene innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für von Ihnen während der Vertragslaufzeit adoptierte Kinder im Alter von unter 14 Jahren besteht ab Rechtswirksamkeit der Adoption für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 30.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das adoptierte Kind innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass Sie selbst über diesen Vertrag versichert sind.

55. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?

Wird infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Umschulungsmaßnahme innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet erforderlich, übernehmen wir die hierfür anfallenden Schulungs- und Prüfungsgebühren, einschließlich der Kosten für Unterbringung und Verpflegung, bis zu 25.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umschulungsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

56. Was gilt für unfallbedingt notwendige Umbaumaßnahmen?

Werden infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB Mehraufwendungen für

- behindertengerechte Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- behindertengerechte Umbaumaßnahmen an dem PKW der versicherten Person

erforderlich, übernehmen wir diese Mehraufwendungen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bis zu 25.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umbaumaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

57. In welchem Umfang werden Mehraufwendungen für unfallbedingt notwendige Hilfsmittel übernommen?

Werden infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB Mehraufwendungen für

- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Rollator),
- künstliche Organe, oder Organtransplantationen
- die Anschaffung eines Blindenhundes

erforderlich, übernehmen wir diese Mehraufwendungen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bis zu 25.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umschulungsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

58. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?

Falls die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

59. Was gilt für die GDV-Mindeststandards?

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Musterbedingungen AUB von März 2014). Wir garantieren ferner, dass die Leistungsinhalte die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse, Stand 28.09.2015, erfüllen.

60. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

Besondere Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen in den Ziffern 4., 18. - 20., 27., 30., 53., 56., 61., 67. und 69. - 79 genannten Geldbeträge nehmen an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

1. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Unterkühlung, Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug?
2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?
3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?
4. Was gilt für Druckkammerkosten?
5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?
6. Was gilt für Explosions-, Schall-, sonstige Druckwellen, mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung?
7. Was gilt für Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung?
8. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?
9. Wie lang ist die Frist zur Anmeldung von Invaliditätsansprüchen?
10. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust/Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder innerer Organe?
11. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?
12. Wann wird eine vereinbarte Übergangsleistung bei Schwerverletzungen fällig?
13. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?
14. Wann wird Krankenhaustagegeld auch nach Ablauf des fünften Jahres vom Unfalltag an gerechnet gezahlt?
15. Wann wird Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?
16. Wann wird der Eigenbehalt bei Krankenhausaufenthalten übernommen?
17. Was gilt bei Krankenhausaufenthalten im Ausland?
18. In welchem Umfang wird Komageld gezahlt?
19. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von minderjährigen Kindern eingeschlossen?
20. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen für Partner bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person eingeschlossen?
21. Was gilt bei Leistenbrüchen durch erhöhte Kraftanstrengung?
22. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?
23. Was gilt für das Genesungsgeld bei ambulanten Operationen?
24. Was gilt bei Unfall-Tod im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis?
25. Was gilt für die Todesfalleistung bei Verschollenheit?
26. Wann wird eine doppelte Todesfalleistung bei Unfalltod beider Elternteile gezahlt?
27. Was gilt für kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs?
28. Was gilt für Zahnersatz im Rahmen des Kostenersatzes für kosmetische Operationen?
29. Was gilt für ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen?
30. Welcher Umfang gilt für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze?
31. Was gilt bei Mitwirkung von Vorerkrankungen am Unfall oder dessen Folgen?
32. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?
33. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?
34. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen eingeschlossen?
35. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?
36. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle eingeschlossen?
37. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?
38. Was gilt für Unfälle von Minderjährigen infolge unerlaubten Fahrens eines Pkw?
39. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?
40. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?
41. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?
42. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?
43. Was gilt für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen?
44. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?
45. Was gilt für das Schneiden und Feilen von Nägeln, Hornhaut oder Hühneraugen?
46. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Infektionen und Infektionskrankheiten eingeschlossen?
47. In welchem Umfang sind Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, Wundinfektion und Blutvergiftung eingeschlossen?
48. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?
49. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?
50. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen eingeschlossen?
51. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Alkoholvergiftungen bei Kindern eingeschlossen?
52. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?
53. In welchem Umfang sind logopädische oder psychotherapeutische Behandlungen eingeschlossen?
54. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?
55. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?
56. In welchem Umfang werden Verdienstauffälle bei Selbstständigen übernommen?
57. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?
58. In welchem Umfang werden Vorschusszahlungen unabhängig von einer vereinbarten Todesfalleistung erbracht?
59. Welche Fristen gelten für die Neubemessung des Invaliditätsgrades?
60. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?
61. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?
62. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?
63. Wann übernehmen wir die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit?
64. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit?
65. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad des Versicherungsnehmers ab 50 Prozent?
66. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?
67. Wann wird eine Vollwaisenrente für minderjährige Kinder gezahlt?
68. Welche Kinder sind beitragsfrei mitversichert?
69. In welchem Umfang werden Kosten für eine Haushaltshilfe / Kinderbetreuung gezahlt?

70. In welchem Umfang wird Nachhilfeunterricht für minderjährige Kinder gezahlt?
71. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?
72. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?
73. Was gilt für unfallbedingt notwendige Umbaumaßnahmen?
74. In welchem Umfang werden Mehraufwendungen für unfallbedingt notwendige Hilfsmittel übernommen?
75. In welchem Umfang wird eine Soforthilfe bei einer unfallbedingten Schwerverletzung gezahlt?
76. Was gilt für die Soforthilfe bei Hauskauf oder Hausbau?
77. Was gilt für die Sofortleistung bei bestimmten Krebserkrankungen?
78. In welchem Umfang wird Pflegegeld bei unfallbedingtem Pflegegrad gezahlt?
79. Was gilt für die Besitzstandsgarantie?
80. Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?
81. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?
82. Was gilt für die GDV- Mindeststandards?
83. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

1. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Unterkühlung, Flüssigkeits- Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug?

Ziffer 1.3 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall-Tod gilt auch Ertrinken, Ersticken, Erfrieren einschließlich Tod durch Unterkühlung und Sauerstoffentzug, sowie unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits- und Nahrungsmittelentzug.

2. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?

Sonnenbrände, Sonnenstiche und Erfrierungen, die als Folge eines Unfalles im Sinne der Ziffer 1.3 AUB auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

3. Was gilt für tauchtypische Erkrankungen?

In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB fallen tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen unter den Versicherungsschutz.

4. Was gilt für Druckkammerkosten?

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet.

Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich missachtet wurden.

Die Kosten für Druckkammerbehandlungen werden bis zu 100.000 EUR erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu 100.000 EUR erstattet.

5. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 1.3 AUB wird der Begriff der Plötzlichkeit bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmend gasförmige Stoffe, Dämpfe, Dünste, Staubwolken und Säuren auch dann angenommen, wenn der Versicherte den Einwirkungen unfreiwillig bis zu 7 Tage lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben solche Gesundheitsschädigungen, die durch das normale berufliche Umgehen mit solchen Stoffen entstehen.

6. Was gilt für Explosions-, Schall-, sonstige Druckwellen, mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung?

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person durch Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen, sowie infolge mechanischer, chemischer oder elektrischer Einwirkung unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ausgeschlossen bleiben Berufskrankheiten und solche Gesundheitsschädigungen, die durch das regelmäßige Umgehen mit solchen Stoffen oder strahlenerzeugenden Apparaten entstehen.

7. Was gilt für Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

8. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte

- Bauch- oder Unterleibsbrüche,
- Oberschenkelhals- oder Armbrüche,
- Verrenkungen von Gelenken,
- Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

9. Wie lang ist die Frist zur Anmeldung von Invaliditätsansprüchen?

Die in Ziffer 2.1.1.2 AUB genannten Fristen werden wie folgt geändert:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

10. Welche Leistungsprozentsätze gelten bei Verlust / Funktionsunfähigkeit von Gliedmaßen, Sinnes- oder innerer Organe

Ziffer 2.1.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	12 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	60 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %

Auge	60 %
wenn die Sehkraft auf dem anderen Auge bereits verloren war	100 %
Stimme	100 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
wenn das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war	80 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Niere	25 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %
Lungenflügel	50 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

11. Welche Regelungen und Garantien gelten für eine vereinbarte Unfall-Rente im Rentenbezug?

11.1 Ziffer 2.2 AUB wird wie folgt ergänzt:

Stirbt die versicherte Person, unabhängig von der Todesursache, vor Ablauf von 10 Jahren ab dem Tag des Unfalls gerechnet, der eine Unfall-Rentenleistung ausgelöst hat, so wird die Unfall-Rente bis zum Ende des 10. Jahres nach dem Unfall an den Bezugsberechtigten gezahlt.

Dies gilt nicht, falls die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 75. Lebensjahr vollendet hat.

11.2 Die Leistungen aus einer Unfall-Renten-Versicherung werden für jede versicherte Person nur einmal gewährt.

Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag auf Unfall-Rente, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des Leistungsfall auslösenden Unfallereignisses.

Ist neben der Unfall-Renten-Leistung auch eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung für den Verletzten versichert, bleibt die Versicherung insoweit bestehen, als sie sich auf diese Unfall-Invaliditätsleistung und etwa mitversicherte Zusatzleistungen für den Verletzten bezieht. Es erlischt lediglich die Versicherung der Unfall-Rente mit dem Tag des Unfalles der zu einer versicherten Rentenleistung geführt hat.

11.3 Falls dies besonders vereinbart wurde und der hierfür erforderliche Beitragszuschlag gezahlt wird, gilt:

Die Rentenzahlungen an den Versicherten erhöhen sich von Jahr zu Jahr, beginnend mit dem zweiten Jahr des Rentenbezugs, jeweils um 2 Prozent des monatlichen Vorjahresbetrages (Rentendynamik).

12. Wann wird eine vereinbarte Übergangsleistung bei Schwerverletzungen fällig?

Abweichend von Ziffer 2.3 AUB, wird die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung bei Schwerverletzungen unter den in Ziffer 75. dieser Bedingungen genannten Voraussetzungen sofort fällig.

13. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.4.2 AUB gilt: Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre (1.825 Tage), vom Unfalltag an gerechnet.

Für unfallbedingt durchgeführte ambulante chirurgische Operationen gelten die Regelungen von Ziffer 2.4.2 AUB unverändert. Als Nachweis für die unter Ziffer 2.4.1 AUB genannte Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, genügt die Vorlage einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder Krankschreibung durch den behandelnden Arzt.

14. Wann wird Krankenhaustagegeld auch nach Ablauf des fünften Jahres vom Unfalltag an gerechnet gezahlt?

In Erweiterung von Ziffer 2.4.2 und in Ergänzung zu Ziffer 13. dieser Bedingungen wird das Krankenhaustagegeld auch über das fünfte Jahr vom Unfalltag an gerechnet gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage (entspricht fünf Kalenderjahren) begrenzt.

15. Wann wird Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

In Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB entfällt der Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld jedoch nicht, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

16. Wann wird der Eigenbehalt bei Krankenhausaufenthalten übernommen?

Ziffer 2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Ist für eine versicherte Person bei einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt der gesetzliche Eigenbehalt an den Unterbringungskosten zu zahlen, übernehmen wir diesen Eigenbehalt für maximal 14 Tage bis zur Höhe des für diese Zeit zu zahlenden Krankenhaustagegeldes. Selbstbehalte für separat abgerechnete Behandlungskosten oder Kosten für die Inanspruchnahme einer höheren Unterbringungsklasse werden nicht übernommen.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für den gesetzlichen Eigenbehalt an Unterbringungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

17. Was gilt bei Krankenhausaufenthalt im Ausland?

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldsatzes. Das Genesungsgeld wird in der Höhe des einfachen Satzes gezahlt.

18. In welchem Umfang wird Komageld gezahlt?

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfallereignisses in ein Koma (auch künstliches Koma), so zahlen wir, innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet, für jeden Kalendertag dieses Zustandes ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, mindestens jedoch in Höhe von 30 EUR je Kalendertag.

19. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von minderjährigen Kindern eingeschlossen?

Falls durch diesen Vertrag Kinder mitversichert sind, gilt:

Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus (Rooming-in), so zahlen wir die entstandenen Rooming-in-Kosten, mindestens jedoch 30 EUR pro Rooming-in-Übernachtung, sofern das Kind bei Beginn des Krankenhausaufenthaltes das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

20. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen für Partner bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person eingeschlossen?

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet der Ehe-/eingetragene Lebenspartner oder der Partner einer häuslichen eheähnlichen Gemeinschaft mit im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro nachgewiesener Übernachtung für maximal 100 Übernachtungen ein Betrag in Höhe von 30 EUR gezahlt.

21. Was gilt bei Leistenbrüchen durch erhöhte Kraftanstrengung?

Ein vereinbartes Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld zahlen wir auch dann, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt infolge eines durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Leistenbruchs erforderlich wird. Die Leistung erbringen wir in der vereinbarten Höhe für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes.

22. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?

Ziffer 2.5 AUB wird wie folgt geändert:

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für drei Jahre, und zwar:

für den	1. bis 100. Tag	100 Prozent
für den	101. bis 365. Tag	50 Prozent
ab dem	366. Tag	25 Prozent

des vereinbarten Genesungsgeldes.

In Erweiterung der Ziffer 2.5 AUB bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen stirbt.

23. Was gilt für das Genesungsgeld bei ambulanten Operationen?

In Erweiterung von Ziffer 2.5 AUB zahlen wir das vereinbarte Genesungsgeld ebenfalls für drei Tage, wenn sich die versicherte Person einer ambulanten chirurgischen Operation unterzieht.

Auf eine Prüfung der Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufes oder der allgemeinen Fähigkeiten Arbeit zu leisten, wird verzichtet.

24. Was gilt bei Unfalltod im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis?

In Erweiterung der Ziffer 2.6.1 AUB besteht der Anspruch auf die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme auch, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt und kein Anspruch auf Invaliditätsleistung oder Unfall-Rente besteht bzw. bestanden hätte.

25. Was gilt für die Todesfalleistung bei Verschollenheit?

Der Unfall-Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

26. Wann wird eine doppelte Todesfalleistung bei Unfalltod beider Elternteile gezahlt?

Ziffer 2.6 AUB wird wie folgt ergänzt:

Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod.

27. Was gilt für kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs?

Falls im Versicherungsschein ein Kostenersatz für kosmetische Operationen ausgewiesen ist, gilt:

Ziffer 2.7 AUB wird wie folgt erweitert:

27.1 Die versicherte Person musste sich, aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebs-erkrankung, einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustrekonstruktion durch einen Kosmetiker oder plastische Chirurgen.

27.2 Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten bis zu 10.000 EUR für

- Arzthonorare
- notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind.

Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 5.000 EUR bezahlt.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

28. Was gilt für Zahnersatz im Rahmen des Kostenersatzes für kosmetische Operationen?

Falls im Versicherungsschein ein Kostenersatz für kosmetische Operationen ausgewiesen ist, gilt:

Ziffer 2.7 AUB wird wie folgt erweitert:

Bei Verlust oder Beschädigung von Zähnen des Versicherten durch einen Unfall übernehmen wir für einen dadurch erforderlichen Zahnersatz im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für den Kostenersatz für kosmetische Operationen auch die von Ihnen zu tragenden Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

29. Was gilt für ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen?

In Erweiterung von Ziffer 2.8.1 AUB zahlen wir die vereinbarte Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen auch bei ambulanten oder teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen von mindestens drei Wochen Dauer. Die übrigen Regelungen und Voraussetzungen für die Leistung gemäß Ziffer 2.8.1 AUB finden auch für diese Erweiterung unverändert Anwendung.

30. Welcher Umfang gilt für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze?

Ziffer 2.9 AUB wird wie folgt erweitert:

Im Rahmen der im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungssumme für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungskosten ersetzen wir

- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückzuführen sind oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;

- zusätzliche Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR die der versicherten Person dadurch entstehen, dass nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt, bis zur Herstellung der Transportfähigkeit, eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich wird.
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;
- bei Unfalltod der versicherten Person im Inland die Kosten für die Überführung zu deren letzten ständigen Wohnsitz;
- bei Unfalltod der versicherten Person im Ausland die Kosten für deren Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

31. Was gilt bei Mitwirkung von Vorerkrankungen am Unfall oder dessen Folgen

In Abänderung von Ziffer 3.2.2 AUB unterbleibt eine Minderung bzw. ein Abzug bei Mitwirkung von Vorerkrankungen oder Gebrechen, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist.

32. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Alkohol bedingten Bewusstseinsstörungen beruhen. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.1.2 AUB – Ausführung oder Versuch der Ausführung von Straftaten – bleibt daneben bestehen.

33. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge Falscheinahme ärztlich verordneter Medikamente beruhen.

34. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle der versicherten Person eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge ungewollter Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) beruhen.

Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung der K.-o.-Tropfen der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort entsprechend protokolliert wurde.

35. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurden.

Unsere Leistung wird in diesem Fall nicht um den Anteil der Mitwirkung der Erkrankung gekürzt.

36. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle beruhen.

37. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?

In teilweiser Abänderung und in Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB wird der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder ein Ohnmachtsanfall nicht als Bewusstseinsstörung angesehen.

38. Was gilt für Unfälle von Minderjährigen infolge unerlaubten Fahrens und Führens eines Pkw?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle von Minderjährigen infolge Fahrens und Führens eines Pkw ohne gültige Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) eingeschlossen vorausgesetzt, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

39. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

40. Was gilt bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen?

In teilweiser Erweiterung der Ziffer 5.1.3 AUB erlischt der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden, mit Beginn des 22. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

41. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB besteht Versicherungsschutz für

- Personen, die nicht zur Besatzung zählen, auch wenn diese mit Hilfe eines Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben (z. B. für Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen);
- Passagiere in Luftfahrzeugen;
- Fluggästen in Luftsportgeräten (z. B. Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen);
- Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist.

Versicherungsschutz besteht ferner beim Kitesurfen.

42. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges mitversichert, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten).

Fahrten mit (Go-)Karts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorkartbahnen zur Verfügung gestellt werden, gelten als mitversichert, falls die Fahrten

- reinen Freizeitcharakter aufweisen und
- die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert werden, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

Mitversichert ist ferner die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Ausgeschlossen bleiben Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

43. Was gilt für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.1 AUB sind Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen mitversichert.

44. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

45. Was gilt für das Schneiden und Feilen von Nägeln, Hornhaut oder Hühneraugen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB sind Gesundheitsschäden durch das Schneiden, Feilen, Abschmiegeln von Finger- und / oder Fußnägeln, Hühneraugen oder Hornhaut eingeschlossen.

46. In welchem Umfang sind Infektionen und Infektionskrankheiten eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 und 5.2.4 AUB fallen auch solche Gesundheitsschädigungen unter den Versicherungsschutz, die sich als Folge einer

I. durch Zeckenbiss übertragenen Infektion (FSME, Borreliose) ergeben, sowie auch Gesundheitsschädigungen als Folge einer Schutzimpfung gegen FSME Zeckeninfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf. Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir für FSME und Borreliose nur aus den vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) oder Tod (Ziffer 2.6 AUB).

II. Infektion durch

a) Bisse oder Stiche von Insekten oder Spinnentieren einschließlich Infektionsfolgen

b) Infektionskrankheiten

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch folgende Infektionskrankheiten:

Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Röteln, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tetanus (Wundstarrkrampf).

Eingeschlossen sind ebenfalls Impfschäden bei Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten.

Leistungen im Rahmen der Erweiterung gem. II. a) und II. b) erbringen wir nur aus der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB).

III. Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt zusätzlich:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Diphtherie, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Keuchhusten, Masern, Scharlach und Windpocken.

Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir nur aus den vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) oder Tod (Ziffer 2.6 AUB).

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die genannten Infektionskrankheiten.

Für die Punkte II. und III. gilt:

Ausgeschlossen bleiben solche Infektionen, die sich die versicherte Person infolge eines Ereignisses zuzieht, das im Zusammenhang steht mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, inneren Unruhen oder kriminellen Handlungen.

Für die Erweiterung des Versicherungsschutzes gem. Punkt II. und III. gilt eine Wartezeit von drei Monaten, d. h. Versicherungsschutz besteht nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung nicht früher als drei Monate nach Versicherungsbeginn stattgefunden hat.

Für die Punkte I. bis III. gilt:

Als Versicherungsfall gilt die erstmalig gestellte ärztliche Diagnose über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

47. In welchem Umfang sind Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, Wundinfektion und Blutvergiftung eingeschlossen?

Eingeschlossen sind in Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, Wundinfektion und Blutvergiftung.

Voraussetzung für die Leistung ist,

- dass uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde und
- der Nachweis über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir nur aus der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB).

48. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?

48.1 Für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Heilpersonal (Krankenpfleger/innen und Krankenschwestern, medizinische Fachangestellte), Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Anhauchen und Anniesen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

48.2 Für Chemiker und Desinfektoren gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die, die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen.

Für Desinfektoren gilt zusätzlich:

Wird der Desinfektor, infolge seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, von derselben Krankheit ergriffen (nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet), so gilt dies als Unfall.

49. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?

Ziffer 5.2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sowie Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen auf Bisse oder Stiche von Insekten oder Spinnentieren.

Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

50. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.5 sind Gesundheitsschädigungen infolge von Nahrungsmittelvergiftungen und infolge von Vergiftungen durch die Einnahme fester und flüssiger Stoffe durch den Schlund eingeschlossen.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

51. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Alkoholvergiftungen bei Kindern eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB und in Erweiterung von Ziffer 50. dieser Bedingungen sind Gesundheitsschäden durch Alkoholvergiftungen bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr eingeschlossen.

52. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.6 AUB sind solche psychischen Erkrankungen eingeschlossen, die auf einer durch einen Unfall entstandenen organischen Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems beruhen. Das gilt auch für eine durch einen Unfall neu entstandene Epilepsie.

53. In welchem Umfang sind logopädische oder psychotherapeutische Behandlungen eingeschlossen?

Führt eine nach Ziffer 52. dieser Bedingungen mitversicherte psychische Reaktion durch eine unfallbedingte Schädigung der Sprachzentren bei einer über diesen Vertrag versicherten Person zu einer Aphasie (Sprachverlust) oder zu Schwierigkeiten bei folgenden Fähigkeiten:

- Lesen
- Schreiben
- Sprechen
- Nichtsprechen
- im Sprachverständnis

so übernehmen wir die Kosten für eine notwendige logopädische oder psychotherapeutische Behandlung zur Wiederherstellung oder Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten bis maximal 2.000 EUR.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen

54. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

Eine Verminderung der Versicherungssumme nach Ziffer 6.2.2 Absatz 1 AUB unterbleibt, wenn die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich nicht angezeigt wurde. Die Prämienberechnung und -berichtigung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Änderung an.

55. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?

In Ergänzung und teilweiser Abänderung von Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen 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.

56. In welchem Umfang werden Verdienstauffälle bei Selbstständigen übernommen?

In Ergänzung zu Ziffer 7.3 AUB in Verbindung mit Ziffer 9.1 AUB gilt für Selbstständige:

Werden Ärzte von uns beauftragt, übernehmen wir die notwendigen Kosten in der unter Ziffer 9.1 genannten Höhe. Verdienstauffälle übernehmen wir für Selbstständige bis zu 2 Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 750 EUR.

57. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB verzichten wir auf die dort genannte Meldefrist.

58. In welchem Umfang werden Vorschusszahlungen unabhängig von einer vereinbarten Todesfalleistung erbracht?

In Ergänzung zu Ziffer 9.3 AUB kann eine angemessene Vorschusszahlung auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bei laufendem Heilverfahren dann beantragt werden, wenn keine Todesfalleistung vereinbart ist, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

59. Welche Fristen gelten für die Neubemessung des Invaliditätsgrades?

In teilweise Abänderung von Ziffer 9.4 AUB verlängert sich die Frist zur Neubemessung des Invaliditätsgrades für Sie auf fünf Jahre nach dem Unfall und verkürzt sich für uns auf zwei Jahre nach dem Unfall.

60. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

61. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung übernommen?

Ist die versicherte Person direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt und benötigt sie zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe, übernehmen wir auf Ihren Wunsch die nachgewiesenen Kosten für eine erste psychologische Beratung durch einen Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Sollte weitere psychologische Unterstützung notwendig sein, übernehmen wir auch die nachgewiesenen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm durch den Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Die psychologische Unterstützung wird in den ersten drei Monaten nach dem Unfallereignis erbracht und ist auf insgesamt maximal 1.000 EUR begrenzt. Soweit für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder andere private Versicherungen) leistungspflichtig ist, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor.

62. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

Falls Sie als unser Versicherungsnehmer arbeitslos geworden sind und die Voraussetzungen für eine Beitragsübernahme nach Ziffer 63. nicht erfüllt sind, können Sie eine Außerkraftsetzung der Unfallversicherung beantragen. Die Arbeitslosigkeit muss uns durch geeignete Unterlagen (z. B. Kopie des Bescheides über Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe oder Sozialunterstützung) nachgewiesen werden.

Den Beginn Außerkraftsetzung können Sie wählen, er kann jedoch nicht vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem Sie den Antrag auf Außerkraftsetzung bei uns stellen.

Die Unfallversicherung lebt wieder auf, sobald Sie dies bei uns beantragen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Beginn der Außerkraftsetzung. Dauert Ihre Arbeitslosigkeit dann noch an, können Sie eine Verlängerung der Außerkraftsetzung unter Vorlage von Nachweisen beantragen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich – außer bei Fondsgebundenen Unfallversicherungen – um die Zeit der Außerkraftsetzung.

63. Wann übernehmen wir die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit?

63.1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer unter den in Ziffer 63.2 dieser Besonderen Bedingungen genannten Voraussetzungen arbeitslos, so übernehmen wir die Beitragszahlung für diesen Versicherungsvertrag in dem in Ziffer 63.3 beschriebenen Umfang. Diese Leistung erbringen wir nicht, wenn eine andere Person arbeitslos wird.

Bei Fondsgebundenen Unfallversicherungen übernehmen wir die Beitragszahlung nur für den Anteil der Unfallversicherung an dem Vertrag. Die übrigen Vertragsbestandteile werden für diesen Zeitraum außer Kraft gesetzt.

63.2 Leistungsvoraussetzung

Allgemein (Karenz- und Wartezeiten):

- Sie sind seit mindestens drei Monaten ununterbrochen arbeitslos (Karenzzeit). Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen und beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind sowie Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen.
- Die Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Versicherungsschutzes eingetreten (Wartezeit).

Als Arbeitnehmer(in):

- Sie waren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit jeweils mindestens ein Jahr ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und unbefristeten Arbeitsverhältnis mindestens 15 Stunden wöchentlich beschäftigt.

Hinweis:

Wehr- und Zivildienst, Saison- und Kurzarbeit, sowie eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des Gesetzes über geringfügige Beschäftigungen gilt nicht als Beschäftigung im Sinne dieser Bedingungen.

Als Auszubildende(r):

- Sie werden nach erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung arbeitslos, weil Ihr Arbeitgeber Sie im Anschluss an die Ausbildung nicht in ein Beschäftigungsverhältnis übernimmt.

Sonstige Voraussetzungen:

- Bei Beginn der Arbeitslosigkeit hat kein Beitragsrückstand bestanden.

Hinweis:

Sollte ein Beitragsrückstand bestanden haben, können Sie unter Vorlage geeigneter Nachweise eine Außerkraftsetzung des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 62. beantragen.

- Sie haben Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht.

Nicht versicherte Personen:

- Für Selbstständige (auch Angehörige freier Berufe) sowie nicht Berufstätige (auch Schüler und Studenten) gilt die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers nicht.

63.3 Ab wann werden die Beiträge für wie lange übernommen? Welche Folgebescheinigungen müssen wann vorgelegt werden?

Sind die Voraussetzungen für die Versicherungsleistung nach Ziffer 63.2 erfüllt, so übernehmen wir die Beitragszahlung für Ihren Vertrag ab dem 4. Monat der Arbeitslosigkeit, längstens für weitere 24 Monate.

Dies gilt auch, wenn der Vertrag rechtsgültig gekündigt wurde und die Arbeitslosigkeit vor dem Wirksamkeitstermin der Kündigung eingetreten und geltend gemacht wurde.

In Abständen von sechs Monaten müssen Sie uns durch die rechtzeitige Vorlage weiterer amtlicher Bescheinigungen (Ziffer 63.2, Sonstige Voraussetzungen, letzter Punkt) oder sonstiger geeigneter Unterlagen nachweisen, dass die Arbeitslosigkeit weiter besteht. Die Bescheinigung ist dann rechtzeitig vorgelegt, wenn sie uns innerhalb des Zeitraums, in dem wir die Beitragszahlung für Sie übernehmen, zugeht.

63.4 Was ist bei Ende der Arbeitslosigkeit zu beachten? Wann endet die Beitragsübernahme durch uns?

Die Beendigung Ihrer Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich schriftlich anzeigen.

Unsere Verpflichtung zur Beitragsübernahme erlischt mit Ablauf des Monats, in dem Ihre Arbeitslosigkeit endet oder mit Ablauf des unter 63.3 genannten maximalen Übernahmzeitraums, spätestens aber mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

63.5 Wann endet der Versicherungsschutz zur Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers?

Die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns bei Arbeitslosigkeit endet mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

Die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns endet vor Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn Sie kein Beschäftigungsverhältnis mehr ausüben und die Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses nicht beabsichtigen. Sie endet ferner, wenn Sie eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit aufnehmen. In beiden Fällen endet die Vereinbarung der Beitragsübernahme durch uns mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem abhängigen Beschäftigungsverhältnis.

64. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit?

Wenn Sie über diesen Vertrag versichert sind und infolge eines unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis für mehr als sechs Wochen ununterbrochen zu 100 % arbeitsunfähig werden, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie dies wünschen.

64.1 Voraussetzung für die Leistung:

- die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ist frühestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Versicherungsschutzes eingetreten (Wartezeit);
- die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ist durch ein ärztliches Attest, das die Dauer, die Art der Verletzung und den Grad der Arbeitsunfähigkeit beinhaltet, nachgewiesen.

64.2 Beginn, Dauer und Ende der Leistung:

Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf der sechsten Woche der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit, vom ersten Tag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit an gerechnet und endet mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit, spätestens 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit infolge desselben Unfalls setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht wurde.

Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig fortgeführt. Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

65. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad des Versicherungsnehmers ab 50 Prozent?

Wenn Sie über diesen Vertrag versichert sind und während der Vertragslaufzeit

- einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB erleiden und
- auf Grund dieses Unfalles einen Anspruch auf Invaliditätsleistung aus diesem Vertrag infolge eines festgestellten Invaliditätsgrades von mindestens 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB haben,

gilt Folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt,

- für Ihre Kinder bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet,
- für Sie und Ihren mitversicherten Ehegatten/Ihre mitversicherte Ehegattin oder Lebensgefährten/ Lebensgefährtin bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das jüngste mitversicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Diese Regelungen gelten auch, wenn der Vertrag rechtsgültig gekündigt wurde, die im Absatz 1 beschriebenen Voraussetzungen jedoch vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung eintreten.

66. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?

Ziffer 11.6 AUB wird wie folgt ergänzt:

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin oder Lebensgefährte/Lebensgefährtin über diesen Vertrag versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diese(n). Diese Beitragsbefreiung endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

Verstirbt der Versicherungsnehmer nach einer rechtsgültig ausgesprochenen Kündigung, aber vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung, bleiben die Regelungen zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers von dieser Kündigung unberührt.

67. Wann wird eine Vollwaisenrente für minderjährige Kinder gezahlt?

Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen, zahlen wir eine Vollwaisenrente an alle ebenfalls versicherten minderjährigen eigenen oder adoptierten Kinder.

Die Vollwaisenrente zahlen wir jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 EUR pro Jahr und Kind. Die Zahlung endet in dem Jahr, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

68. Welche Kinder sind beitragsfrei mitversichert?

Ihr drittes und jedes weitere Kind sind während der Laufzeit des Vertrages längstens aber bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das Kind jeweils das 18. Lebensjahr vollendet, beitragsfrei mitversichert, und zwar in der Höhe der Versicherungsleistungen, mit denen das zweite beitragspflichtige Kind im Vertrag versichert ist.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- ein Elternteil und eine weitere volljährige Person sowie
- zwei weitere beitragspflichtige Kinder durch diesen Vertrag versichert sind,
- alle Personen, auch neu hinzukommende minderjährige Kinder, nach unseren Annahmerichtlinien versicherbar sind.

69. In welchem Umfang werden Kosten für eine Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung gezahlt?

Kann die den Haushalt versorgende oder mitversorgende und über diesen Vertrag versicherte Person infolge eines über diesen Vertrag versicherten Unfalles den eigenen Haushalt nicht führen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe und / oder Kinderbetreuung

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass

- im Haushalt der verunfallten versicherten Person mindestens ein Kind unter 15 Jahre zu versorgen ist, für das die verunfallte versicherte Person unterhaltspflichtig ist,
- die Kosten innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet entstanden und bei uns geltend gemacht wurden

Sind die Voraussetzungen für die Kostenübernahme erfüllt, zahlen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe und / oder Kinderbetreuung bis zu 60 Tage, höchstens bis zu einer Gesamtsumme von 6.000 EUR je Unfallereignis.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

70. In welchem Umfang wird Nachhilfeunterricht für minderjährige Kinder gezahlt?

Kann das versicherte minderjährige Kind infolge eines Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 50 EUR pro ausgefallenem Schultag, maximal jedoch 5.000 EUR je Unfallereignis.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für den Nachhilfeunterricht nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

71. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?

Wenn Sie während der Versicherungsdauer heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat mit 60.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstufen beitragsfrei mitversichert.

Wenn Sie Ihren Ehepartner innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern oder Ihr Ehepartner selbst eine Versicherung bei uns abschließt, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für Ihre Kinder, die während der Versicherungsdauer geboren werden, besteht ab Beendigung der Geburt für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 60.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das Neugeborene innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für von Ihnen während der Vertragslaufzeit adoptierte Kinder im Alter von unter 14 Jahren besteht ab Rechtswirksamkeit der Adoption für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 60.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das adoptierte Kind innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass Sie selbst über diesen Vertrag versichert sind.

72. Was gilt für Umschulungsmaßnahmen?

Wird infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Umschulungsmaßnahme innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet erforderlich, übernehmen wir die hierfür anfallenden Schulungs- und Prüfungsgebühren, einschließlich der Kosten für Unterbringung und Verpflegung, bis zu 50.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umschulungsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

73. Was gilt für unfallbedingt notwendige Umbaumaßnahmen?

Werden infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB Mehraufwendungen für

- behindertengerechte Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- behindertengerechte Umbaumaßnahmen an dem PKW der versicherten Person

erforderlich, übernehmen wir diese Mehraufwendungen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bis zu 50.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umbaumaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

74. In welchem Umfang werden Mehraufwendungen für unfallbedingt notwendige Hilfsmittel übernommen?

Werden infolge einer unfallbedingten Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB Mehraufwendungen für

- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Rollator),
- künstliche Organe, oder Organtransplantationen
- die Anschaffung eines Blindenhundes

erforderlich, übernehmen wir diese Mehraufwendungen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bis zu 50.000 EUR, sofern die Erforderlichkeit dieser Maßnahmen ausschließlich auf die unfallbedingte Invalidität zurückzuführen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umbaumaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

75. In welchem Umfang wird eine Soforthilfe bei einer unfallbedingten Schwerverletzung gezahlt?

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer der nachfolgend genannten schweren Verletzungen, zahlen wir einmalig eine Soforthilfeleistung in Höhe von 10 Prozent der Grund-Invaliditätssumme, maximal 20.000 EUR:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion oder Hirnblutung),
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehbehinderung nicht mehr als 1/20 Sehschärfe beider Augen,

oder

- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarms oder des Ober- und Unterschenkels,
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,

oder

- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Soforthilfe entfällt, wenn die versicherte Person innerhalb von 48 Stunden an den Unfallfolgen stirbt.

Das Vorliegen einer der genannten schweren Verletzungen als Voraussetzung für die Zahlung der Sofortleistung muss uns unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gemeldet und anhand einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt werden.

Sobald die genannten Voraussetzungen erfüllt sind, zahlen wir die Soforthilfeleistung.

Die Soforthilfe-Leistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 AUB angerechnet.

76. Was gilt für die Soforthilfe bei Hauskauf oder Hausbau?

Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die nach Ziffer 75 versicherte Soforthilfe bei Schwerverletzungen für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) auf 15% der Grund-Invaliditätssumme, maximal auf

- 50.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 45.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 40.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 35.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 30.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 25.000 EUR im 6. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheimes oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war – mit Beginn der Bauarbeiten und endet zum frühesten der folgenden Termine

- mit dem 6. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheimes,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

Die für Ziffer 75. geltenden Regelungen zur Anrechnung der Soforthilfe auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 AUB gelten auch für die erhöhte Soforthilfe.

77. Was gilt für die Sofortleistung bei bestimmten Krebserkrankungen?

77.1 Wann erfolgt eine Leistung bei Krebs?

Es gilt als Leistungsfall der Eintritt einer der folgenden Krebserkrankungen (bösartige, maligne Tumoren) im Stadium II, III und IV:

- Brustkrebs
- Eierstockkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Hodenkrebs
- Prostatakrebs

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegenden Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Die Leistung erfolgt bei Vorlage einer ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen beim Versicherer.

77.2 Welche Leistung erbringen wir?

Beim Vorliegen eines Leistungsfalls nach Ziffer 77.1 zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 EUR.

77.3 Was gilt bei Verschlechterung des Gesundheitszustands, Wiederauftreten einer Krebserkrankung oder einer erneuten Krebserkrankung?

I. Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt nach einer Zahlung der Leistung gemäß Ziffer 77.2 eine Verschlechterung des Krebsstadiums auf, besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

II. Wiederauftreten einer Krebserkrankung

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

III. Auftreten einer weiteren Krebserkrankung

Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung/ Tochtergeschwüre), für die bereits Leistungen erbracht wurden, besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

77.4 Welche Wartezeit gilt?

Für den Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von 6 Monaten.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Für die Leistung gilt:

Liegt der Zeitpunkt

- des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome der Krebserkrankungen oder
- der Diagnosestellung von Krebserkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweiligen Krebserkrankungen und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

77.5 Wann besteht kein Leistungsanspruch?

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- alle Carcinoma-in-situ (TIS/CIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- Krebs im Stadium/Grad I
- sowie alle anderen Krebserkrankungen, die nicht unter Ziffer 1. genannt sind.

77.6 Wann erlischt der Leistungsanspruch?

Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn dieser nicht innerhalb eines Jahres nach der erstmaligen Diagnosestellung geltend gemacht wird.

Verstirbt die versicherte Person bevor der Anspruch auf Leistung geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf Auszahlung der Leistung.

77.7 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für die unter Ziffer 77.1 und Ziffer 77.2 beschriebene Leistung endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, das der Vollendung des 67. Lebensjahres folgt.

78. In welchem Umfang wird Pflegegeld bei unfallbedingtem Pflegegrad gezahlt?

Wird der versicherten Person infolge eines versicherten Unfalls, innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet, mindestens der Pflegegrad 2 zuerkannt, zahlen wir ein Pflegegeld von 20 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 61a und § 61b Sozialgesetzbuch XII ist, längsten jedoch für 12 Monate.

79. Was gilt für die Besitzstandsgarantie?

Ergeben sich aus den Bedingungen des Vorversicherers zu den in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, gelten diese im Leistungsfall auch für diesen Vertrag, wenn dies ausdrücklich gewünscht wird.

Dies gilt für

- die in den Ziffern 1. – 8. dieser Besonderen Bedingungen vorgenommenen Erweiterungen des Unfallbegriffs gemäß Ziffer 1.3 und 1.4 AUB, sowie
- die in den Ziffern 32. – 52. dieser Besonderen Bedingungen definierten Ausnahmen zu Ziffer 5 AUB.

Hat der Vorversicherer zu diesen Definitionen eine bessere Regelung in seinen Versicherungsbedingungen festgelegt, gilt diese im Leistungsfall auch für diesen Vertrag.

- die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren. Diese werden von uns bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 EUR berücksichtigt, wenn sie
 - in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen,
 - als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag nicht enthalten ist und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden kann.

Die Besitzstandsgarantie gilt somit nicht für Leistungsarten, die nur gegen Beitragszahlung zu diesem Vertrag vereinbart werden können.

Voraussetzungen für die Besitzstandsgarantie sind:

- die Unfallversicherung bestand bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen,
- der Vertrag bestand für die versicherte Person mindestens drei Jahre und wurde nicht vom Vorversicherer gekündigt oder im gegenseitigen Einvernehmen beendet,
- zwischen Ablauf des Vorvertrages und Beginn dieses Vertrages lagen maximal drei Monate,
- die weitergehenden Leistungen werden mittels Vorlage des Versicherungsscheins und der betreffenden Versicherungsbedingungen des Vorversicherers in Textform nachgewiesen.

Einschränkungen für die Besitzstandsgarantie:

- die Besitzstandsgarantie gilt nicht für individuell vereinbarte Risikoausschlüsse (z. B. Vorerkrankungen),
- die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Assistance- und sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen,
- die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzuordnen sind (z. B. Dread-Disease-Versicherung, Pflagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr),
- die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Luftfahrtunfälle, Unfälle bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen, Unfälle die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

80. Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

80.1 Für die nachfolgend genannten Leistungsarten können Sie, ohne erneute Gesundheitsprüfung, alle fünf Jahre eine Erhöhung der Versicherungssummen verlangen, sofern die Leistungsart bereits vereinbart ist.

Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung
- Todesfallleistung
- Übergangsleistung
- Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld
- Unfall-Rente

Die übrigen Vertragsbestimmungen bleiben unverändert.

Die Mitteilung zur gewünschten Erhöhung muss uns in Textform spätestens vier Wochen vor Beginn des Versicherungsjahres, zu dem die Erhöhung wirksam wird, vorliegen.

80.2 Art und Umfang der Erhöhung

Die einzelne Erhöhung der vereinbarten Leistungsart darf 20 % der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme für diese Leistungsart nicht übersteigen. Nach einer Erhöhung darf unsere tariflich festgelegte versicherbare Höchstsumme für die jeweilige Leistungsart nicht überschritten werden.

Die Beiträge für die beantragte Erhöhung richten sich nach dem Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Vertragsbeitrag für die gewünschten Versicherungssummen.

Der neue Beitrag gilt ab dem Zeitpunkt zu dem die Erhöhung wirksam wird.

80.3 Ende der Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie erlischt mit Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person und/oder mit Erreichen der tariflich festgelegten versicherbaren Höchstsummen.

81. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?

Falls die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

82. Was gilt für die GDV-Mindeststandards?

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Musterbedingungen AUB von März 2014). Wir garantieren ferner, dass die Leistungsinhalte die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse Stand 28.09.2015 erfüllen.

83. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 350 %

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

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 350 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- für 1 bis 25 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit drei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit fünf multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (350 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der drei- oder fünffachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

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

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 20/350 %

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/350 %)

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- a) für 1 bis 20 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- b) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit zwei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) zuzüglich 20 Prozentpunkten der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme hinzugerechnet,
- c) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit fünf multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (20/350 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/350 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der zwei- oder fünffachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
21	42	41	82	61	155	81	255
22	44	42	84	62	160	82	260
23	46	43	86	63	165	83	265
24	48	44	88	64	170	84	270
25	50	45	90	65	175	85	275
26	52	46	92	66	180	86	280
27	54	47	94	67	185	87	285
28	56	48	96	68	190	88	290
29	58	49	98	69	195	89	295
30	60	50	100	70	200	90	300
31	62	51	105	71	205	91	305
32	64	52	110	72	210	92	310
33	66	53	115	73	215	93	315
34	68	54	120	74	220	94	320
35	70	55	125	75	225	95	325
36	72	56	130	76	230	96	330
37	74	57	135	77	235	97	335
38	76	58	140	78	240	98	340
39	78	59	145	79	245	99	345
40	80	60	150	80	250	100	350

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 500 %

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

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 500 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- für 1 bis 25 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit drei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit sechs multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätsleistung mit zehn multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a), b) und c) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (500 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der drei-, sechs- oder zehnfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

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

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 20/500 %

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500 %)

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 20/500 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- a) für 1 bis 20 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- b) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit zwei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) zuzüglich 20 Prozentpunkten der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme hinzugerechnet,
- c) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit sechs multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet,
- d) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätsleistung mit zehn multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a), b) und c) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (20/500 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der zwei-, sechs- oder zehnfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
21	42	41	82	61	166	81	310
22	44	42	84	62	172	82	320
23	46	43	86	63	178	83	330
24	48	44	88	64	184	84	340
25	50	45	90	65	190	85	350
26	52	46	92	66	196	86	360
27	54	47	94	67	202	87	370
28	56	48	96	68	208	88	380
29	58	49	98	69	214	89	390
30	60	50	100	70	220	90	400
31	62	51	106	71	226	91	410
32	64	52	112	72	232	92	420
33	66	53	118	73	238	93	430
34	68	54	124	74	244	94	440
35	70	55	130	75	250	95	450
36	72	56	136	76	260	96	460
37	74	57	142	77	270	97	470
38	76	58	148	78	280	98	480
39	78	59	154	79	290	99	490
40	80	60	160	80	300	100	500

Besondere Bedingungen für den ProGesundheit-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nehmen an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Die Vereinbarung zum ProGesundheit-Versicherungsschutz erlischt, auch ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Es ist dann auch nur der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsumfang ohne den ProGesundheit-Versicherungsschutz ergibt. Über den Ausschluss der Vereinbarung und über den neuen veränderten Beitrag werden Sie von uns mittels Nachtrag zum Versicherungsschein unterrichtet.

1. ProGesundheit

1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge eines erlittenen Unfalles gemäß Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB

- länger als 21 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig und
- hat die Dauer der unfallursächlichen Arbeitsunfähigkeit mittels ärztlich ausgestellter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nachgewiesen.

1.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die hierfür nachstehend genannte Versicherungssumme und
- die nachgewiesene Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, zahlen wir ab dem 22. Tag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, rückwirkend ab Beginn der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, 100 EUR je angefangene Woche der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit.

Ist die Leistungsvoraussetzung bereits vor Ablauf der 21 Tage erfüllt, wird die Leistung in der genannten Höhe auch schon vor dem 22. Tag gezahlt.

Ab der 7. Woche der nachgewiesenen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir für jede weitere Woche der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit das Doppelte dieses Betrages.

1.3 Ende der Leistung:

Die Leistung endet, auch bei andauernder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit spätestens nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.

Besondere Bedingungen für den ProAktiv-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nehmen an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Die Vereinbarung zum ProAktiv-Versicherungsschutz mit den hier beschriebenen Leistungen erlischt, auch ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Es ist dann auch nur der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsumfang ohne den ProAktiv-Versicherungsschutz ergibt. Über den Ausschluss der Vereinbarung und über den neuen veränderten Beitrag werden Sie von uns mittels Nachtrag zum Versicherungsschein unterrichtet.

1. ProSchmerzensgeld

1.1 Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person hat sich wegen einer vollständigen Fraktur oder einer vollständigen Bänderruptur (Bänderriss) infolge eines gemäß Ziffer 1.3 AUB oder 1.4 AUB versicherten Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer oder ambulanter Heilbehandlung befunden.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Heilbehandlung und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Für Re-Frakturen oder Re-Rupturen leisten wir ein Schmerzensgeld nach Ziffer 1.2 nur, wenn seit dem Eintritt der ursprünglichen Fraktur / Ruptur mindestens 12 Monate vergangen sind.

1.2 Höhe der Leistung:

Die Höhe des Schmerzensgeldes richtet sich nach der Dauer der ambulanten Behandlung bzw. des vollstationären Krankenhausaufenthaltes und wird für jedes Unfallereignis nur einmal geleistet.

Mehrere Krankenhausaufenthalte zur Behandlung derselben unfallbedingten vollständigen Fraktur oder vollständigen Bänderruptur (z. B. zur Entfernung des Osteosynthesematerials) gelten als ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt.

Eine Einmalzahlung bei ambulanten Behandlungen und eine Einmalzahlung bei stationären Krankenhausaufenthalten zur Behandlung derselben Unfallverletzung schließen einander aus.

1.2.1 Einmalzahlung bei ambulanten Behandlungen

Bei ambulanten Behandlungen einer Verletzung nach Ziffer 1.1 leisten wir eine Einmalzahlung in Höhe von 300 EUR.

1.2.2 Einmalzahlung bei stationären Krankenhausaufenthalten

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt in Folge einer Verletzung gemäß Ziffer 1.1 leisten wir das Schmerzensgeld gemäß folgender Staffel in Abhängigkeit von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes:

1 bis 3 Tage Dauer	300 EUR
4 bis 13 Tage Dauer	600 EUR
ab 14 Tage Dauer	1.200 EUR

2. ProProtekt Bonus

2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet als

- Fahrrad- (auch von nicht versicherungspflichtigen E-Bikes und Pedelecs),
- Inlineskate- / Rollschuh-,
- Kickboard-,
- Ski-,
- Snowboard-,
- Skateboard-,
- Streetboard-,
- Tretroller- / Cityrollerfahrer oder
- eines ähnlichen, nicht motorbetriebenen, Gerätes oder
- als Reiter

durch ein Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3 AUB eine der nachfolgenden Verletzungen, trotz nachweislich getragener Schutzbekleidung gegen die erlittene Verletzung:

- Kopfverletzung trotz Schutzhelm,
- Wirbelsäulenverletzung trotz Rückenprotektor,
- Ellenbogenverletzung trotz Ellenbogenprotektor oder
- Knieverletzung trotz Knieprotektor.

Die genannte Verletzung hat zu einer Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB geführt.

Für Kinder gilt die beschriebene Leistungsvoraussetzung auch bei der Benutzung von Laufrädern.

2.2 Höhe der Leistung

Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, erhöhen wir die gemäß Ziffer 2 AUB fällige Invaliditätsleistung um 25 %, maximal um 5.000 EUR.

Wird in Folge des Unfalles die benutzte Schutzbekleidung beschädigt oder zerstört, übernehmen wir die Kosten für die Ersatzbeschaffung der betreffenden Schutzbekleidung in gleicher Art und Güte zum Neuwert.

3. ProSportgeräte

3.1 Voraussetzung für die Leistung

3.1.1 Die versicherte Person erleidet bei der Benutzung eines der unten aufgeführten Sportgeräte einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB, der einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Folge hat.

3.1.2 Das Sportgerät wurde dabei beschädigt oder zerstört.

3.2 Versicherte Sportgeräte

- Fahrräder (auch nicht versicherungspflichtige Pedelecs und E-Bikes)
- Inlineskates
- Kickboards (Cityroller)
- Reitsattel / Zaumzeug
- Segways
- Ski
- Skateboards
- Snowboards
- Surfgeräte
- Tauchausrüstung

3.3 Höhe der Leistung

Für die Beschädigung oder die Zerstörung der unter Ziffer 3.2 genannten Sportgeräte erstatten wir die nachgewiesenen Reparaturkosten oder den Wiederbeschaffungswert bis zu maximal 3.000 EUR, sofern kein anderer Leistungsträger (z. B. Haftpflichtversicherer) leistungspflichtig ist.

Wiederbeschaffungswert:

Der Wiederbeschaffungswert bestimmt sich aus dem Preis der Wiederbeschaffung einer wirtschaftlich gleichwertigen Ersatzsache. Maßgebend für den Wiederbeschaffungswert ist nicht der Zeitwert des Gerätes unmittelbar vor dem Unfall, d. h. der Wert, den der Eigentümer beim Verkauf erzielt hätte, sondern der Wert, der beim Kauf auf dem Gebrauchtmart für diese Geräte zu zahlen gewesen wäre.

Wird in Folge des Unfalles die evtl. getragene Schutzbekleidung (Helm, Rücken-, Ellenbogen- oder Knieprotektor) beschädigt oder zerstört, übernehmen wir auch die Kosten für die Ersatzbeschaffung der betreffenden Schutzbekleidung in gleicher Art und Güte zum Neuwert.

Besondere Bedingung für den ProPsyche-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein. Ergänzend zu Ziffer 1 und Ziffer 2 AUB erbringen wir eine Leistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nehmen an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Die Vereinbarung zum ProPsyche-Versicherungsschutz mit den hier beschriebenen Leistungen erlischt, auch ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Es ist dann auch nur der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsumfang ohne den ProPsyche-Versicherungsschutz ergibt. Über den Ausschluss der Vereinbarung und über den neuen veränderten Beitrag werden Sie von uns mittels Nachtrag zum Versicherungsschein unterrichtet.

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet eine schwere depressive Episode als unmittelbare Folge

- eines selbst erlittenen Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 AUB;
- eines Unfallereignisses mit Schwerverletzten, das die versicherte Person als Augenzeuge unmittelbar beobachtet hat;
- einer Geiselnahme oder Entführung, bei der die versicherte Person als Geisel genommen oder entführt wurde;
- eines Überfalls oder Raubes, bei dem die versicherte Person unmittelbar mit Tod oder Körperverletzung bedroht wurde.

Eine schwere Depression liegt vor, wenn

- die depressive Episode bereits 12 Monate ab der direkten oder indirekten Unfallbeteiligung andauert oder
- seit der direkten oder indirekten Unfallbeteiligung bei der versicherten Person mehrere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens 12 Monaten aufgetreten sind, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens 6 Monaten lag.

Das auslösende Unfallereignis und die daraus folgende schwere depressive Episode sind während der Wirksamkeit dieser Unfallversicherung eingetreten.

Die schwere Depression und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis wurden durch einen Facharzt für Psychiatrie mit den nach aktuellem Wissensstand üblichen Befunderhebungen während der Wirksamkeit des Vertrages festgestellt.

Die versicherte Person lässt sich nach einer Behandlungsleitlinie für schwere Depressionen behandeln. Hierzu gehört zum Beispiel eine Psychotherapie oder auch die Einnahme von Medikamenten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Behandlung für die versicherte Person nicht zumutbar ist.

2. Höhe der Leistung

Sind die Voraussetzungen für die Leistung nach Ziffer 1 erfüllt, zahlen wir einmalig einen Betrag in Höhe von 5.000 EUR.

Besondere Bedingungen für den ProAssistance-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen mit Assistance-Leistungen und Reha-Management bestehen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten Leistungen nehmen an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Assistance nach einem Unfall

1. Hilfeleistungen

1.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des nachstehenden Leistungskataloges (Ziffer 1.2) der Hilfe bedarf (Hilfebedürftigkeit).

Die Hilfebedürftigkeit ist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

1.1.2 Die Leistungen werden für eine Dauer von maximal 6 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Leistungen mit kürzerer Dauer werden zum benötigten Zeitpunkt innerhalb dieser 6 Monate erbracht.

1.1.3 Bei den Hilfeleistungen infolge Unfall bedingter Hilfebedürftigkeit (Ziffer 1.1.1) verzichten wir auf die Berücksichtigung einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen auch dann, wenn der Mitwirkungsanteil 25 Prozent und mehr beträgt.

1.1.4 Die Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst einen Dienstleister für Leistungen nach Ziffer 1.2 auswählt.

Wenn und soweit einzelne Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung / Krankenversicherung erbracht werden, endet unsere Leistungspflicht.

1.1.5 Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

1.2 Art und Umfang der Leistungen

Ein Anspruch auf die nachfolgend aufgeführten Leistungen besteht bei entsprechendem Bedarf.

1.2.1 Erstgespräch

In einem Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der Hilfeleistungen mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt festgestellt, und die Art, die Durchführung und die Termine der Hilfeleistung abgesprochen.

1.2.2 Hausnotrufdienst

Sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird für die versicherte Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger oder Funkarmband zur Verfügung gestellt.

1.2.3 Mahlzeitendienst

Es erfolgt die Versorgung der versicherten Person und ggf. für die übrigen in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Familienmitglieder mit sieben Hauptmahlzeiten nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Möglichkeit des von uns beauftragten Vertragspartners jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten) tiefgekühlt oder täglich warm angeliefert. Die Kosten für die Mahlzeiten werden übernommen.

1.2.4 Reinigung der Wohnung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) wird einmal wöchentlich im üblichen Umfang gereinigt. Dies setzt voraus, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand.

1.2.5 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu zweimal pro Woche durchgeführt.

Zu Besorgungen und Einkäufen zählen:

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

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

1.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich wird

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

1.2.7 Unterstützung und Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen und Wegen zur Therapie / Krankengymnastik

Für eine Dauer von bis zu vier Wochen wird die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich bei Wegen zur Therapie / Krankengymnastik, bei Behördengängen und bei Arztbesuchen begleitet und unterstützt. Die Begleitung beinhaltet einen Fahrdienst.

1.2.8 Pflegeeinweisung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (maximal zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig eingewiesen.

1.2.9 Leistungen der Grundpflege

Die versicherte Person erhält für bis zu vier Wochen eine Grundpflege entsprechend der zu erwartenden Pflegestufe. Zu den Leistungen der Grundpflege zählen

- Körperpflege,
- Hilfe beim An- und Auskleiden,
- Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

1.2.10 24-Stunden-Pflegenotruf

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege nach Ziffer 1.2.9 kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.

1.2.11 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung statt. Zur Pflegeberatung gehören:

- Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeprobleme,
- Planung der Pflegeeinsätze,
- Hilfe bei der Wahl von notwendigen Pflegehilfsmitteln,
- Beratung zur Antragstellung und zu Leistungen der Pflegekassen.

1.2.12 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es wird die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankenbett, Rollstuhl, Gehhilfen) übernommen. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel sind nicht eingeschlossen.

1.2.13 Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Die Kosten des Tiertransportes zur und von der Betreuungsstätte und der Betreuung selbst sind nicht versichert.

1.2.14 Häusliche Betreuung der Kinder bei Unfall der Eltern

Befindet sich die / der über diesen Vertrag versicherte Mutter / Vater infolge eines Unfalls gemäß Ziffer 1.3 AUB in vollstationärer Heilbehandlung, wird für eine Dauer von bis zu zwei Wochen für bis zu 8 Stunden am Tag eine qualifizierte häusliche Kinder-Betreuung organisiert und vermittelt. Die Kosten für die Betreuung übernehmen wir.

1.2.15 Fahrdienste für Kinder

Können die über diesen Vertrag versicherten Eltern infolge eines Unfalles gemäß Ziffer 1.3 AUB den Fahrdienst Ihrer Kinder zur Schule oder zum Sport nicht übernehmen, organisieren und vermitteln wir einen entsprechenden Fahrdienst. Die Kosten für den Fahrdienst übernehmen wir für eine Dauer von bis zu vier Wochen.

1.2.16 Betreuung und Nachhilfe für verunfallte Kinder

Kann ein über diesen Vertrag mitversichertes Kind infolge eines Unfalles gemäß Ziffer 1.3 AUB die Schule nicht besuchen, organisieren und vermitteln wir eine notwendige Betreuung und Nachhilfe. Die Kosten für die Betreuung und Nachhilfe übernehmen wir für eine Dauer von bis zu vier Wochen.

1.3 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners / Verwandten 1. Grades

1.3.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung

Die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 1.2 werden auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person erbracht, sofern und soweit die versicherte Person diese gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für die zu pflegende Person wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

1.3.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 1.2 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 1.3.1 erfüllt.

1.3.3 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu 6 Monate. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 1.3.4.

1.3.4 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

Unsere Leistungen nach Ziffer 1.3 enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

2. 24-Stunden-Service-Telefon

2.1 Beratung nach einem Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB, so bieten wir Ihnen über ein 24-Stunden-Service-Telefon die Möglichkeit den Unfall zu melden, geben Ihnen erste Informationen zur ärztlichen Versorgung und beraten Sie bei Ihren ersten Fragen.

Kosten, die sich aus unserer Beratung ergeben, übernehmen wir nicht.

2.2 Mobilitätsschutz nach einem Unfall

Erleidet die versicherte Person auf einer Reise einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB, so bieten wir Ihnen über ein 24-Stunden-Service-Telefon Beratung und Unterstützung. Dazu gehören beispielsweise

- weltweite Organisation von Krankenrücktransporten,
- Informationen über die Möglichkeit medizinischer Versorgung im Ausland,
- Herstellung des Kontaktes zwischen Hausarzt und Arzt vor Ort,
- Benachrichtigungsservice in Notlagen,
- Zusendung benötigter, verschreibungspflichtiger Medikamente,
- weltweite Organisation Bestattung / Überführung bei Todesfällen,
- Organisation der Betreuung und Rückreise minderjähriger Kinder, wenn die Eltern verunfallen,
- fremdsprachliche Unterstützung.

Kosten, die sich aus unserer Beratung ergeben, übernehmen wir nicht.

Reha-Management nach einem Unfall

3. Reha-Management

3.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

3.1.1 Führt ein gemäß Ziffer 1.3 AUB versichertes Unfallereignis zu einem voraussichtlich zu erwartenden Unfall-Invaliditätsgrad von 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB, besteht Anspruch auf Leistungen gemäß Ziffer 3.2 dieser Besonderen Bedingungen.

- 3.1.2 Die Leistungen nach Ziffer 3.2 werden für eine Dauer von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Leistungen mit kürzerer Dauer werden zum benötigten Zeitpunkt innerhalb dieser zwei Jahre erbracht.
- 3.1.3 Die Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner erbracht.
Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst einen Dienstleister für Leistungen nach Ziffer 3.2 auswählt
- 3.1.4 Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

3.2 Art und Umfang der Leistungen

3.2.1 Medizinische Beurteilung

Nach dem Unfall werden wir Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen aufnehmen, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der berufsgenossenschaftlichen Vorschriften besteht.

Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne der berufsgenossenschaftlichen Vorschriften übernehmen wir im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15.000 EUR und im ambulanten Bereich bis zu 5.000 EUR, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einer Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger übernommen werden.

3.2.2 Persönliche Betreuung

- 3.2.2.1 Bei einem Erstbesuch werden wir entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen.
- 3.2.2.2 Im Rahmen eines persönlichen Besuches, den wir am Krankenbett oder zu Hause durchführen, wird mit der verletzten versicherten Person (oder deren Angehörigen) die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.
- 3.2.2.3 Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- 3.2.2.4 Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die zuständige Krankenkasse und auch an die Pflegekasse an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

3.2.3 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, deren Ärzten und Therapeuten die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.

3.2.4 Übernahme von Pflegeheimkosten bei Schwerstpflegebedürftigkeit

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr und liegt eine Schwerstpflegebedürftigkeit nach den Bestimmungen der unter Ziffer 4 genannten Maßstäbe vor, übernehmen wir bei stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Unsere Kostenübernahme ist auf einen Betrag von 1.500 EUR pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

3.2.5 Hilfsmittelversorgung

- 3.2.5.1 Wir entwickeln mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.
- 3.2.5.2 Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen. Unsere Kooperationspartner stehen für Reparaturen und Ersatzbeschaffung zur Verfügung.
- 3.2.5.3 Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr und besteht durch die Folgen des Unfalles die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 25.000 EUR soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

3.2.6 Mobilität

- 3.2.6.1 Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität beraten wir bei Bedarf über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person.
- 3.2.6.2 Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr und ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen, übernehmen wir die Kosten für die behinderungsgerechte Gestaltung des Fahrzeuges bis zu einem Betrag von 15.000 EUR soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

3.2.7 Wohnungsberatung

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr und ist infolge des Unfalles eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so beraten wir bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir die Kosten bis zu einem Betrag von 30.000 EUR zur behinderungsgerechten Gestaltung des Wohnumfeldes soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

3.2.8 Berufliches Reha-Management

- 3.2.8.1 Wir beraten und unterstützen die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Unsere Leistungen umfassen
- Unterstützung bei der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes,
 - Hilfe bei der möglicherweise notwendigen Suche nach einem neuen Arbeitsplatz,
 - Förderung einer selbstständigen Tätigkeit bei Eignung.
- Wir begleiten die versicherte Person während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase kontinuierlich.

3.2.8.2 Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1 AUB von 50 Prozent oder mehr und liegt infolge des Unfalles eine Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 3.2.8.3 von mindestens 75 Prozent vor, übernehmen wir die Kosten bis zu einem Betrag von 20.000 EUR für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung.

3.2.8.3 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles auch nach Abschluss der Heilbehandlung außerstande ist, ihren bisher ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

3.3 Begrenzung der Beratungsleistung

Die Beratungsleistungen nach Ziffer 3.2 sind insgesamt auf 20 Stunden begrenzt.

Schwerstpflegebedürftigkeit

4. Bewertung der Schwerstpflegebedürftigkeit

4.1 Schwerstpflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalles gemäß Ziffer 1.3 AUB so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 4.2 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

4.2 Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe der versicherten Person durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Mobilität 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
– sich nach einem Stuhlgang nicht allein säubern kann
– ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

4.3 Die Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn bei der Bewertung der Hilfebedürftigkeit 6 Punkte erreicht werden.

Unabhängig von der Bewertung der Punktetabelle liegt eine Schwerstpflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer unfallbedingten psychischen oder geistigen Schädigung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

4.4 Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

Beitragsanpassung

5. Wann wird eine Beitragsanpassung durchgeführt?

5.1 Erhöhen sich die Preise für Leistungen gemäß den Ziffern 1, 2 und 3 dieser Besonderen Bedingungen bei von uns beauftragten Vertragspartnern, sind wir berechtigt Ihren Beitrag mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens schriftlich mitgeteilt und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

5.2 Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt der Änderungsmitteilung zugegangen sein. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Das Vertragsverhältnis endet dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung.

5.3 Ermäßigen sich die Preise für Leistungen gemäß den Ziffern 1, 2 und 3 dieser Besonderen Bedingungen, sind wir verpflichtet, Ihren Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an entsprechend abzusenken.

Besondere Bedingungen für den ProTaxe-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung – Fassung Juli 2019

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein.

ProTaxe

In Abänderung von Ziffer 6 der Besonderen Bedingungen für den EASY-Versicherungsschutz sowie Ziffer 10 der Besonderen Bedingungen für den SMART- und BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung verdoppeln wir die Prozentsätze der für den Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe für eine vereinbarte Invaliditätsleistung.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung verdoppeln wir den entsprechenden Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt. Für die Leistungsart Unfall-Rente findet die ProTaxe keine Anwendung.

Beispiel 1:

Durch einen Unfall ist der Fuß zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt. Der Leistungsprozentsatz hierfür beträgt

20% (im EASY-Versicherungsschutz)

25% (im SMART-Versicherungsschutz),

30% (im BEST-Versicherungsschutz).

Durch Vereinbarung der ProTaxe ergeben sich folgende Leistungsprozentsätze für die Invaliditätsleistung:

40% (im EASY-Versicherungsschutz)

50% (im SMART-Versicherungsschutz)

50% (im BEST-Versicherungsschutz).

Beispiel 2:

Durch einen Unfall ist ein Fuß vollständig funktionsunfähig. Der Leistungsprozentsatz hierfür beträgt, je nach gewähltem Versicherungsschutz,

40% (im EASY-Versicherungsschutz)

50% (im SMART-Versicherungsschutz),

60% (im BEST-Versicherungsschutz).

Durch Vereinbarung der ProTaxe ergeben sich folgende Leistungsprozentsätze für die Invaliditätsleistung:

80% (im EASY-Versicherungsschutz)

100% (im SMART-Versicherungsschutz)

100% (im BEST-Versicherungsschutz).

Auch wenn die Verdopplung des Leistungsprozentsatzes im BEST-Versicherungsschutz 120% ergeben würde, ist die Invalidität auf 100% begrenzt.

Nachfolgende Bestimmungen gelten nur dann, wenn dies besonders vereinbart wurde und im Versicherungsschein oder Nachtrag zum Versicherungsschein beurkundet ist.

Klausel

725 Blindenklausel

Wegeunfälle aller Art fallen nur dann unter den Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person sich zum Zeitpunkt des Unfalles in Begleitung einer geeigneten sehenden Person oder eines ausgebildeten Blindenführerhundes befindet.

761 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Multiple Sklerose-Folgen

Unfälle und Unfallfolgen, bei deren Entstehung oder Verschlimmerung die Multiple Sklerose mitwirkt, sind ausnahmslos vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, ungeachtet der Höhe des Mitwirkungsanteils. Verschlimmerungen der Multiplen Sklerose und deren Verlauf begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistung.

790 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Knieverletzungen (rechtes Kniegelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Kniegelenks

791 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Knieverletzungen (linkes Kniegelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Kniegelenks

792 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Knieverletzungen (beide Kniegelenke)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen beider Kniegelenke

793 Besondere Bedingung für den Ausschluss von habituellen Knieluxationen

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- habituelle Knieluxationen

794 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Meniskus-schäden (rechtes Kniegelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Meniskusverletzungen des rechten Kniegelenks

Klausel

795 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Meniskus-schäden (linkes Kniegelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Meniskusverletzungen des linken Kniegelenks

796 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Meniskus-schäden (beide Kniegelenke)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Meniskusverletzungen beider Kniegelenke

800 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Sprung-gelenksverletzungen (rechter Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des oberen und unteren Sprunggelenks des rechten Fußes

801 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Sprung-gelenksverletzungen (linker Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des oberen und unteren Sprunggelenks des linken Fußes

802 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Fußgelenks-verletzungen (rechter Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Fußes insbesondere des oberen und unteren Sprunggelenks, des Außen- und Innenknöchels sowie der dazugehörigen Kapseln, Knorpeln, Sehnen, Bänder und alle ursächlich damit in Zusammenhang stehenden Beschwerden

803 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Fußgelenks-verletzungen (linker Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Fußes insbesondere des oberen und unteren Sprunggelenks, des Außen- und Innenknöchels sowie der dazugehörigen Kapseln, Knorpeln, Sehnen, Bänder und alle ursächlich damit in Zusammenhang stehenden Beschwerden

804 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Achillessehnenverletzungen (rechter Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Achillessehne des rechten Fußgelenks

805 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Achillessehnenverletzungen (linker Fuß)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Achillessehne des linken Fußgelenks

810 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Hüftverletzungen (rechte Hüfte)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Hüftgelenks

811 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Hüftverletzungen (linke Hüfte)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Hüftgelenks

820 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Schulterverletzungen (rechte Schulter)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Schultergelenks

821 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Schulterverletzungen (linke Schulter)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Schultergelenks

822 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Verletzungen der Rotatorenmanschette (rechte Schulter)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Rotatorenmanschette des rechten Schultergelenks

823 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Verletzungen der Rotatorenmanschette (linke Schulter)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Rotatorenmanschette des linken Schultergelenks

830 Besondere Bedingung für den Ausschluss cerebraler Anfallleiden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verschlimmerungen cerebraler Anfallleiden

840 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Handgelenksverletzungen (linkes Handgelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Handgelenks

841 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Handgelenksverletzungen (rechtes Handgelenk)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Handgelenks

891 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Rheumaerkrankungen

Unfälle und Unfallfolgen, bei deren Entstehung oder Verschlimmerung rheumatische Gelenkerkrankungen mitgewirkt haben, sind ausnahmslos vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Verschlimmerungen rheumatischer Gelenkerkrankungen begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistung.

7101 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Wirbelsäulenschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der gesamten Wirbelsäule

7111 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Halswirbelschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Halswirbelsäule

7121 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Brustwirbelschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Brustwirbelsäule

7131 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Lendenwirbelsäulenschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Lendenwirbelsäule

7151 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Bandscheibenschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen der Bandscheiben

7231 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Netzhaut- und Glaskörperschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Netzhautblutungen, Netzhautablösungen, Netzhautrisse und Glaskörperblutungen

7301 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Gehirn- und Rückenmarkschäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des Gehirns und verlängerten Markes

7311 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Epilepsieerkrankungen

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verschlimmerungen epileptischer Anfälle

7411 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Osteomyelitischäden

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Osteomyelitischäden und deren Folgen

7421 Besondere Bedingung für den Ausschluss von habituellen Schulterluxationen

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- habituelle Schulterluxationen

7431 Besondere Bedingung für den Ausschluss von habituellen Hüftluxationen

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- habituelle Hüftluxationen

7511 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Diabetesfolgen

Unfallfolgen, bei denen Diabetes mitwirkt, sind in Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Verschlimmerungen der Diabetes begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

7710 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Arthroseerkrankungen

Unfälle und Unfallfolgen, bei deren Entstehung oder Verschlimmerung arthrotische Gelenkserkrankungen mitgewirkt haben, sind ausnahmslos vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Verschlimmerungen arthrotischer Gelenkserkrankungen begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistung.

7810 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Arthritis-Erkrankungen

Unfälle und Unfallfolgen, bei deren Entstehung oder Verschlimmerung arthritische Gelenkserkrankungen mitgewirkt haben, sind ausnahmslos vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Verschlimmerungen arthritischer Gelenkserkrankungen begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistung.

8031 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Augenschäden (beide Augen)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen beider Augen

8032 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Augenschäden (linkes Auge)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des linken Auges

8033 Besondere Bedingung für den Ausschluss von Augenschäden (rechtes Auge)

In Ergänzung zu Ziffer 5 und in Abänderung zu Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Verletzungen des rechten Auges

8654 Besondere Bedingung für Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten und Gebrechen

Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und, sofern vereinbart, Ziffer 20 der Besonderen Bedingungen für den SMART-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 31 der Besonderen Bedingungen für den BEST-Versicherungsschutz in der Unfallversicherung werden gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads
- bei der Todesfallleistung und bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Den gesamten Berufskatalog mit allen Berufen des statistischen Bundesamtes können Sie auf Wunsch bei der prokundo GmbH anfordern.

Versicherbare Personen/Einteilung der Berufsgruppen

Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar sind Personen, die beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt oder die Schwefelsäure, hochexplosive, hochgiftige Stoffe aller Art transportieren oder sonst beruflich damit umgehen.

Dazu zählen zum Beispiel auch:

Akrobaten, Artisten

Berufstaucher/in

Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler/in

Callboys, Callgirls

Clowns

Dresseure

Domppteure

Entfesselungskünstler/in

Feuerungs- und Schornsteinbauer/in

Feuerwerksindustriearbeiter/in

Geldtransportfahrer/in

Gerüstbauerberufe

Höhlenführer/in

Hochseilkünstler/in

Kaminbauer, -sanierer, -techniker

Munitionshelfer/in

Minendemonteur

Pferdetrainer/in, Bereiter/in

Pyrotechniker/in

Rennfahrer/in

Rockmusiker/in, Rocksänger/in

Sprengpersonal (einschl. Munitionssuche u. -räumung)

Sprengstofffabrikarbeiter/in

Stuntmen/Stuntwomen

Tankwagenfahrer/in

Tänzer/in

Unterwasserfotograf/in

Versuchsfahrer/in, Testfahrer/in, Testpiloten

Wildtierzüchter/in, Wildtierpfleger/in

Zauberkünstler/in

Zootierpfleger/in, Zootierwärter/in

Die Prüfung des subjektiven Risikos behalten wir uns jedoch generell im Einzelfall vor.

Welche Personen sind versicherbar?

Aufnahmefähig sind gesunde Personen nach Vollendung der Geburt. Das Höchstaufnahmearter ist abhängig von dem gewählten Tarif. Es gelten die Bestimmungen in den Tarifinformationen für die jeweiligen Tarife.

Wonach berechnet sich der Beitrag?

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich vom Alter und der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches Sie auszugsweise nachfolgend vorfinden:

Berufs- und Gefahrengruppen

Berufsgruppen A+ und A

Die Einstufung in diese Berufsgruppen erfolgt für Frauen und Männer mit kaufmännischer, verwaltender oder ausschließlich Aufsicht führender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst.

Berufsgruppe B+ und B

Die Einstufung in diese Berufsgruppe erfolgt für Frauen und Männer mit körperlicher, praktischer, handwerklicher oder besonders Gefahren geneigter Berufstätigkeit.

Gefahrengruppe K

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder ab vollendeter Geburt bis 17 Jahre.

Gefahrengruppe S

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen und Männer ab 67 Jahre.

Berufsgruppe A+

Zur Berufsgruppe A+ gehören Berufe der folgenden Berufsgruppen (Oberbegriffe):

Bekleidungsschneider/in / -näher/in, Ernährungswissenschaftler; Erziehungsberufe (ausgenommen Lehrer); Finanzdienstleister (Bank- und Versicherungskaufleute); Friseure und Kosmetiker; Hotelkaufleute und -angestellte; Sozial- und Pflegeberufe einschl. Krankenschwester, Krankenpfleger, Arzthelfer; Wirtschaftsingenieure und -wissenschaftler.

Berufsgruppe A – hierzu gehören u. a. die folgenden Berufe:

Analyst/in	Möbelspediteur/in
Ärzte (nicht Tierärzte/Veterinäre)	Notar/in
Apotheker/in	Organist/in
Consultler/in	Postzusteller/in
Controller/in	Regelungstechniker/in
Datenverarbeitungsfachleute	Reiseleiter/in
Designer (Foto, Grafik, Mode, Textil)	Schüler/in
Fotograf/in	Tontechniker/in
Geologe	Verkäufer/in
Handelsvertreter/in	Veranstaltungsmanager/in
Informatiker/in	Verwaltungsangestellte
Innenarchitekt/in	Werbegestalter/in
Journalist/in	Umwelttechniker/in
Jurist/in	Wirtschaftsprüfer/in
Logistikfachleute	Zeitungszusteller/in
Lebensmittelverkäufer/in	

Berufsgruppe B+ – hierzu gehören u. a. die folgenden Berufe:

Auslieferungsfahrer/in	Klempner/in
Antennenmonteur/in / -bauer/in	Lastkraftwagenfahrer/in / -führer/in
Bäcker/in	Maler/in / Lackierer/in
Chemiker/in	Maschinenführer/in
CNC-Facharbeiter/in	Metallverarbeiter/in
Computer-Techniker/in	Montagearbeiter/in
Elektriker/in	Omnibusfahrer/in
Elektroniker/in	Orthopädienschuhmacher/in / Schuster/in
Entsorger/in	Optiker/in
Fassadenreiniger/in	Paketfahrer/in / -zusteller/in
Feinmechaniker/in	Polizist/in
Gartenbauer/in / -pfleger/in	Produktionshelfer/in
Hausmeister/in	Radio- und Fernsehtechniker/in (ohne Antennenmontage)
Holzkonstruktionsbauer/in	Rangiermeister/in
Installateure	Schienenfahrzeugführer/in
Juweliere	Veterinäre, Tierärzte
Kfz-Handwerker/in	Wachdienst / -schutz

Übt die zu versichernde Person Tätigkeiten der Berufsgruppe A / A+ und der Berufsgruppe B+ aus, so ist der Beitrag nach Berufsgruppe B+ zu berechnen. Diese Regelung gilt auch, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Berufsgruppe A ausgeführt werden.

Bei **ausschließlich** Aufsicht führender Tätigkeit kann der Beitrag nach Berufsgruppe A berechnet werden.

Berufsgruppe B

Die Einstufung in die Berufsgruppe B erfolgt für Frauen und Männer der folgenden Berufsgruppen:

Hoch-, Tief- und Ausbauberufe, Dachdecker, Zimmerer.

Übt die zu versichernde Person Tätigkeiten der Berufsgruppe A / A+ / B+ und der Berufsgruppe B aus, so ist der Beitrag nach Berufsgruppe B zu berechnen. Diese Regelung gilt auch, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Berufsgruppe A ausgeführt werden.

Bei **ausschließlich** Aufsicht führender Tätigkeit kann der Beitrag nach Berufsgruppe B+ berechnet werden.

Für die Angaben der beruflichen Tätigkeit beachten Sie bitte Folgendes:

1. Die **genaue** Berufsbezeichnung ist anzugeben.
2. Der **ausgeübte**, nicht der erlernte Beruf ist maßgebend.
3. Nicht „Arbeiter“, sondern „Bauhelfer“; nicht „technischer Angestellter“, sondern „Laborant“.
4. Bei Angehörigen der Bundeswehr muss die Waffengattung angegeben werden (z. B. Panzergrenadier oder Pionier).