

Versicherungsnehmer

Moto Racing School
Schlössl 9
95701 Pechbrunn

Manfred Föcking

An der Becke 17a
46342 Velen
Tel. 0171 - 4305746
Fax. 02863 - 3838493

Regionaldirektion Hannover
Tel. 0511/348480

Angebotspolice Gruppen-Unfallversicherung

Versicherter Personenkreis

1. Alle Teilnehmer gemäß eingereicherter Liste, zur Zeit 1 Person.

Versicherungssummen

Invaliditätsleistung	EUR	100.000,00
bei Vollinvalidität (Progression 300)	EUR	300.000,00
Todesfall-Leistung	EUR	10.000,00
Kosten für kosmetische Operationen	EUR	50.000,00
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	EUR	5.000,00
Bergungskosten	EUR	50.000,00
Beratungsleistungen im Reha-Management		

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen mit PremiumSchutz (AUB Premium 2018) nur die Unfälle, von denen die versicherte Person während des **lizenzpflichtigen / lizenzfreien Motorradrennens sowie hierzu gehörende Trainings, Qualifyings, Kurvenschule, Trainingsspezial und Perfektionstraining** betroffen wird. Das Wegerisiko ist nicht mitversichert.

Als Vertragsgrundlagen gelten:

- die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen mit PremiumSchutz (AUB Premium 2018) Stand 09.2018
- die Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (ZB GruppenUV 2018)
- die Zusatzbedingungen zur Leistungsbegrenzung (ZB Leistungsbegrenzung 2018)
- die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 (BB Progression 2018 - 500 Prozent)

Der Beitrag wird nach jeder Veranstaltung gemäß eingereicherter Teilnehmerliste abgerechnet. Hierfür wird jeweils eine eigene Vertragsnummer angelegt.

Vertragsdauer vom 01.01.2022 bis 01.01.2023, 0 Uhr

Stuttgart, 07.12.2021

Württembergische
Versicherung AG
Privatkundenabteilung

Unfallversicherung 2018

Formular 4044 – Stand 01.09.2018

Teil I

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen mit PremiumSchutz (AUB Premium 2018)

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
 - 2.1 Assistance-Leistungen
 - 2.1.1 Allgemeine Bestimmungen für alle Assistance-Leistungen
 - 2.1.2 Hilfeleistungen
 - 2.1.3 Reha-Management
 - 2.1.4 Familien-Management
 - 2.2 Geldleistungen
 - 2.2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2.2 Unfall-Rente
 - 2.2.3 Verbesserte Übergangsleistung
 - 2.2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.2.5 Todesfall-Leistung
 - 2.2.6 Verbessertes Krankenhaustagegeld
 - 2.2.7 Tagegeld
 - 2.2.8 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.2.9 Zahnbehandlung- und Zahnersatzkosten
 - 2.2.10 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie für zusätzliche Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz
 - 2.2.11 Kosten für psychologische Betreuung
 - 2.2.12 Privatärztliche Behandlung (Kinder-Unfallversicherung)
 - 2.3 Garantien
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 5 Was ist nicht versichert?
- 6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei vereinbarter Kinder-Unfallversicherung und nach Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 12 Wie ist der Beitrag kalkuliert und in welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfeleistungen oder das Familien-Management neu festgesetzt werden?

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 16 Welches Gericht ist zuständig?
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 18 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?
- 19 Welches Recht findet Anwendung?

Teil II

Zusatzbedingungen

Gelten generell in der Gruppen-Unfallversicherung:

- Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (ZB GruppenUV 2018)
- Zusatzbedingungen zur Leistungsbegrenzung (ZB Leistungsbegrenzung 2018)

Teil III

Besondere Bedingungen

Gelten sofern vereinbart:

- Besondere Bedingungen für Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2018 – 300 Prozent)
- Besondere Bedingungen für Mehrleistungen 500 (BB Mehrleistungen 2018 – 500 Prozent)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 (BB Progression 2018 – 225 Prozent)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300 (BB Progression 2018 – 300 Prozent)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 (BB Progression 2018 – 350 Prozent)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 (BB Progression 2018 – 500 Prozent)

- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1.000 (BB Progression 2018 – 1.000 Prozent)
- Besondere Bedingungen für die verbesserte Unfall-Rente (BB verbesserte Rente 2018)
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen durch Zecken- und Insektenstiche (BB Zeckenstich 2018)
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Heilberufe (BB Infektionen für Heilberufe 2018)
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Tierärzte (BB Infektionen für Tierärzte 2018)
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen in die Unfallversicherung für Heilberufe (BB Röntgenstrahlen 2018)
- Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (BB Bemessung Invaliditätsgrad 2018)
- Besondere Bedingungen für eine Leistung bei Knochenbrüchen und Bänderrissen (BB Knochenbrüche und Bänderrisse 2018)
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (BB Zuwachsleistung 2018 – Dynamik-Modell 8)
- Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz (BB Vorsorgeschutz 2018)
- Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Fahrer und Beifahrer von Oldtimer-Kraftfahrzeugen bei privaten Fahrten (BB Oldtimer private Fahrten 2018)
- Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Fahrer, Beifahrer und Servicemechaniker von Oldtimer-Kraftfahrzeugen bei organisierten Fahrtveranstaltungen (BB Oldtimer Fahrtveranstaltungen 2018)
- Besondere Bedingungen zum Sofort-Schutz (BB Sofort-Schutz 2018)

Was Sie über Ihre Unfallversicherung wissen sollten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen mit Premiumschutz (AUB Premium 2018) 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 Premium 2018 daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige nachlesen.

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

Was nach einem Unfall zu beachten ist, können Sie in Ziffer 7 Ihrer AUB Premium 2018 (Fristen und Obliegenheiten) nachlesen.

Wir kommen als Versicherer 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.

In Ihrem Versicherungsschein haben wir die konkret vereinbarten Bedingungen aufgeführt.

Berufstätigkeit der versicherten Person/Gefahrengruppen

Die Höhe Ihres Versicherungsbeitrags hängt auch von der tatsächlich ausgeübten, beruflichen Tätigkeit der versicherten Person ab. Bitte teilen Sie uns Änderungen der beruflichen Tätigkeit innerhalb von zwölf Monaten ab dem Änderungszeitpunkt mit (Ziffer 6.1 AUB Premium 2018). Diese Angabe ist wichtig, um Ihren Versicherungsbeitrag zu berechnen und sie kann den Leistungsumfang Ihrer Unfallversicherung erhöhen oder vermindern.

Wir unterscheiden in der Beitragsberechnung für die Unfallversicherung zwischen den Gefahrengruppen A und B sowie dem erhöhten Berufsrisiko.

Wenn die versicherte Person Berufstätigkeiten nach beiden Gefahrengruppe A und B ausübt, wird der Beitrag nach der Gefahrengruppe B berechnet.

Übt die versicherte Person ein erhöhtes Berufsrisiko aus, ist ein Abschluss oder eine Fortführung der Unfallversicherung in den meisten Fällen nicht möglich.

Gefahrengruppe A

Frauen und Männer

- mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst,

- leitend oder Aufsicht führend im Betrieb oder auf Baustellen (keinerlei körperliche Mitarbeit),
- tätig im Laden, Labor (außer bei Arbeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen – dann Gefahrengruppe B),
- im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege,
- im Innendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung (keinerlei Außendiensttätigkeit),
- Tierärzte
- Fotografen, Künstler, Optiker, Rechtsanwälte, Reporter, Schneider, Studenten (außer Sportstudenten), Uhrmacher.

Gefahrengruppe B

Frauen und Männer

- mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder tätig mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen,
- Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei,
- im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung,
- Berufskraftfahrer, Landwirte, Sportlehrer, Sportstudenten.

Erhöhtes Berufsrisiko

Frauen und Männer mit extrem gefährlichen Berufen, z. B.:

- Artisten, Stuntmen und Tierbändiger,
- Rennfahrer, Rennreiter,
- Sprengpersonal, Munitionssuch- und Räumtruppen,
- Berufssportler (auch Vertrags- und Lizenzsportler),
- Berufstaucher,
- Sicherheitspersonal,
- Bergleute unter Tage,
- Beschäftigte auf Ölplattformen und Bohrseln.

Nicht versicherbare Personen

Dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung mit

- Pflegegrad 4 oder 5

sind nicht versicherbar und erhalten deshalb trotz eventueller Beitragszahlung keine Leistungen im Falle eines Unfalls.

Sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Unfallversicherung für die versicherte Person und zu viel bezahlte Versicherungsbeiträge werden erstattet.

Teil I

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen mit PremiumSchutz (AUB Premium 2018)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder eine andere Person sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

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 ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Gesundheitsschädigungen durch unfreiwillige Erfrierungen sowie der unfreiwillige Erfrierungstod gelten ebenfalls als Unfall.

1.4 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch erleidet.

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.

Beispiel:

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

Der Begriff Eigenbewegung bezeichnet einen selbstverschuldeten Unfall, der durch einen Bewegungsablauf entsteht. Eine Fremdeinwirkung von außen ist nicht erforderlich.

Beispiel:

Beim Joggen erleidet die versicherte Person, ohne äußere Einwirkung, einen Muskelfaserriss.

1.5 Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Unfälle sind

- bei der rechtmäßigen Verteidigung oder
- aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

mitversichert.

1.6 Gase und Dämpfe

Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe und durch sonstige schädliche Mittel wird

der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person

- durch besondere Umstände
- den Einwirkungen von Gasen und Dämpfen und sonstigen schädlichen Mitteln
- unentrinnbar
- bis zu sieben Tagen lang ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.7 Außerberufliches Tauchen

Für das Risiko des außerberuflichen Tauchens besteht Versicherungsschutz auch für

- tauchtypische Gesundheitsschädigungen

Beispiel:

- Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen
- den unfreiwilligen Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,

auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.8 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und/oder Sauerstoffzug

Die Folgen eines unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und/oder Sauerstoffzugs gelten ebenfalls als Unfall.

1.9 Einschränkungen der Leistungspflicht

Wir können für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) sowie 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.

Wenn wir eine Assistance-Leistung (Ziffer 2.1) erbringen, ist damit keine Anerkennung unserer Leistungspflicht für Geldleistungen (Ziffer 2.2) verbunden.

2.1 Assistance-Leistungen (Hilfeleistungen, Reha-Management, Familien-Management)

2.1.1 Allgemeine Bestimmungen für alle Assistance-Leistungen

Wir erbringen Assistance-Leistungen durch einen externen Dienstleister. Die Leistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Kann der Dienstleister in Folge von höherer Gewalt, Krieg oder Streik die Leistungen nicht erbringen, so besteht kein Anspruch auf Leistung.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn und soweit ein Dienstleister ohne unsere Vermittlung beauftragt wird.

Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, enden insoweit die Leistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können Assistance-Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Welche der nachfolgend beschriebenen Assistance-Leistungen beansprucht werden können, richtet sich nach den jeweiligen Leistungsvoraussetzungen.

Die Leistungen beginnen frühestens, wenn Sie diese bei uns geltend gemacht haben.

2.1.2 Hilfeleistungen (sofern vereinbart)

2.1.2.1 Voraussetzungen für alle Hilfeleistungen

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir die nachstehend beschriebenen Hilfeleistungen.

Hilfsbedürftigkeit besteht, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

2.1.2.2 Dauer der Hilfeleistungen

Wir erbringen die Leistungen längstens für zwölf Monate vom Unfalltag an gerechnet. Wird die Nachbarschaftshilfe (Ziffer 2.1.2.15) in Anspruch genommen, werden die Leistungen längstens für zwölf Monate nach dem Ende der geleisteten Nachbarschaftshilfe erbracht.

Kein Anspruch auf Hilfeleistungen besteht, wenn ein Leistungsanspruch in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannt ist. Laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung.

Werden bis zum Ablauf des vierten Jahres vom Unfalltag an gerechnet unfallbedingt in den Körper eingebrachte Metallteile operativ entfernt und tritt dadurch eine erneute Hilfsbedürftigkeit ein, so werden Hilfeleistungen für maximal weitere vier Wochen erbracht, sofern im ersten Jahr nach dem Unfall Hilfeleistungen bezogen wurden.

2.1.2.3 Hausnotruf

2.1.2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erhält mindestens eine Leistung aus Ziffer 2.1.2.4 bis 2.1.2.11.

Die technischen Voraussetzungen, wie z. B. ein entsprechender Strom- und Telefonanschluss, müssen vorhanden sein.

2.1.2.3.2 Art der Leistung

Wir stellen eine Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person zur Verfügung.

Die Rufzentrale ist rund um die Uhr erreichbar.

2.1.2.3.3 Höhe der Leistung

Die Kosten für die Bereitstellung der Anlage tragen wir. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn dieser innerhalb von zwölf Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt wird. Telefonkosten und die sich durch Einsätze ergebenden Folgekosten, wie z. B. Einsatz des Notarztes oder der Feuerwehr, werden von uns nicht übernommen.

2.1.2.4 Mahlzeitservice

2.1.2.4.1 Art der Leistung

Die versicherte Person und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe- oder Lebenspartner erhalten eine Hauptmahlzeit pro Tag.

Die versicherte Person kann aus dem vom Dienstleister angebotenen Essenssortiment auswählen. Die Mahlzeiten werden täglich warm oder jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.

Einrichtungen zum Tiefkühlen oder Erhitzen der Mahlzeiten gehören nicht zum Lieferumfang.

2.1.2.4.2 Höhe der Leistung

Die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung tragen wir.

2.1.2.5 Besorgungen, Einkäufe und Medikamentenservice

2.1.2.5.1 Art der Leistung

Wir übernehmen Besorgungen und Einkäufe. Diese werden insgesamt einmal wöchentlich bis zu drei Stunden durchgeführt. Hierzu zählen:

- Zusammenstellen des Einkaufszettels für Waren des täglichen Bedarfs,
- notwendige Besorgungen (wie z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten) und Einkäufen von Waren des täglichen Bedarfs,
- Beschaffung von Medikamenten und
- Unterbringung und Versorgung der eingekauften Waren.

2.1.2.5.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

2.1.2.6 Reinigung der Wohnung

2.1.2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Wohnung war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

2.1.2.6.2 Art der Leistung

Wir übernehmen die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum, Flur).

Dies wird einmal wöchentlich bis zu drei Stunden im üblichen Umfang durchgeführt.

2.1.2.6.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Reinigungspersonal.

2.1.2.7 Versorgung der Wäsche

2.1.2.7.1 Art der Leistung

Wir übernehmen das

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

Dies wird insgesamt einmal wöchentlich bis zu drei Stunden durchgeführt.

2.1.2.7.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

2.1.2.8 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

2.1.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das persönliche Erscheinen der versicherten Person bei Behörden und Ärzten ist unumgänglich.

2.1.2.8.2 Art der Leistung

Die Begleitung der versicherten Person bei Behörden-gängen und Arztbesuchen.

Dies erfolgt bis zu zweimal wöchentlich im Umkreis bis zu 50 km vom ständigen Wohnsitz. Die versicherte Person wird zum Termin gebracht und abgeholt.

2.1.2.8.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Begleitperson.

2.1.2.9 Grundpflege

2.1.2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch sind gegeben. Es ist jedoch nicht erforderlich, dass die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dauerhaft besteht.

2.1.2.9.2 Art der Leistung

Die Durchführung folgender Grundpflege:

- Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
- An- und Auskleiden,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten und

– Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Grundpflege wird insgesamt täglich bis zu drei Stunden durchgeführt.

2.1.2.9.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Pflegepersonal.

2.1.2.10 Hausmeisterdienst

2.1.2.10.1 Art der Leistung

Wir übernehmen die Erfüllung von Reinigungspflichten und von Räum- und Streupflichten, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung der selbst genutzten Wohneinheit obliegen.

2.1.2.10.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

Wir übernehmen die Kosten auch während eines stationären Krankenhausaufenthalts der versicherten Person.

2.1.2.11 Garten-/Pflanzenpflege

2.1.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Garten war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

2.1.2.11.2 Art der Leistung

Wir übernehmen die Versorgung des Gartens an der selbst genutzten Wohneinheit. Dies wird einmal wöchentlich bis zu drei Stunden im üblichen Umfang durchgeführt. Hierzu zählen:

- Rasen mähen
- Laub entfernen
- Pflanzen im Garten und innerhalb des Wohnraums wässern.

2.1.2.11.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person. Anfallende Gebühren (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.

2.1.2.12 Pflegeschulung für Angehörige

2.1.2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Grundpflege nach Ziffer 2.1.2.9 wird zumindest teilweise durch einen Angehörigen geleistet.

2.1.2.12.2 Art der Leistung

Wir übernehmen die Schulung des pflegenden Angehörigen über die täglichen Pflegetätigkeiten.

Diese Schulung erfolgt

- für bis zu zwei Personen und
- innerhalb von zwölf Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

2.1.2.12.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Schulungspersonal.

2.1.2.13 Haustierversorgung

2.1.2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt nicht mehr in der Lage ihre Haustiere zu versorgen.

2.1.2.13.2 Art der Leistung

Wir organisieren die Unterbringung der Haustiere in einer Tierbetreuungsstätte. Transportkosten oder Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.

2.1.2.14 Pflegeplatzgarantie

2.1.2.14.1 Voraussetzung für die Leistung

Die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch sind gegeben.

2.1.2.14.2 Art der Leistung

Wir vermitteln einen Pflegeplatz in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland

- innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung,
- spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages,
- es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet.

Es wird möglichst ein wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt. Ein Anspruch auf diesen wohnortnahen Pflegeplatz besteht nicht.

2.1.2.15 Nachbarschaftshilfe

2.1.2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- hilfsbedürftig und
- wird durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Nachbarn unterstützt.

Hilfsbedürftigkeit besteht, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

Sie müssen die Hilfsbedürftigkeit durch die Vorlage eines ärztlichen Attests nachweisen.

Kein Anspruch auf Hilfeleistungen besteht, wenn ein Leistungsanspruch in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung anerkannt ist. Laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung.

2.1.2.15.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen für die Nachbarschaftshilfe

- je angefangene Kalenderwoche 140 EUR,
- für bis zu drei Wochen,
- auch im Anschluss an eine unfallbedingte stationäre Behandlung.

Ausnahme:

Nimmt die versicherte Person

- vom Unfalltag an gerechnet oder im Anschluss an eine unfallbedingte stationäre Behandlung in den ersten drei Wochen
- Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2.3 bis 2.1.2.14 in Anspruch,
- wird die Leistung aus dieser Nachbarschaftshilfe um jede Kalenderwoche gekürzt,
- in der Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2.3 bis 2.1.2.14 geleistet werden.

2.1.2.16 Was geschieht bei Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet?

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz nach diesen Bestimmungen. Danach wird der Vertrag als Unfallversicherung ohne Hilfeleistungen fortgeführt.

Der Beitrag verringert sich entsprechend.

2.1.3 Reha-Management

2.1.3.1 Beratungsleistungen

2.1.3.1.1 Voraussetzungen für alle Beratungsleistungen

Bei dem Unfall erlitt die versicherte Person nach fachärztlicher Einschätzung voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 20 Prozent

oder

befand sich unfallbedingt für mindestens zehn Tage im Krankenhaus

oder

erlitt eine der folgenden Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
- Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
- Vollständige Erblindung auf einem Auge
- Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ

Die Voraussetzungen sind durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen.

2.1.3.1.2 Art der Beratungsleistungen

2.1.3.1.2.1 Medizinische Beratung

Bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Invalidität nach Ziffer 2.2.1 erfolgt eine persönliche Reha-Beratung, bei der mit dem Verletzten die derzeitige medizinische Rehabilitation abgestimmt wird. Unter Berücksichtigung der Versicherungssituation des Verletzten werden Möglichkeiten der Optimierung besprochen und gegebenenfalls unter Einbeziehung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.

2.1.3.1.2.2 Pflegeberatung

Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch gegeben sind, wird schon während der Rehabilitationsmaßnahme mit den Ärzten die optimale Pflege zu Hause oder in einer geeigneten Einrichtung abgestimmt.

2.1.3.1.2.3 Wohnungsberatung

Ist infolge des Unfalls die dauernde Nutzung der bisherigen ständig bewohnten Wohnung nicht mehr möglich, berät der Reha-Berater vor Ort über den behindertengerechten Umbau oder unterstützt bei der Suche nach einem behindertengerechten Objekt.

2.1.3.1.2.4 Mobilitätsberatung

Zur Erhaltung der Mobilität erhält der Verletzte bei Bedarf eine Beratung über den behindertengerechten Umbau seines Kraftfahrzeugs. Auf Wunsch wird eine entsprechende Fachfirma vermittelt.

2.1.3.1.2.5 Hilfsmittelberatung

Mit dem Verletzten, den Ärzten und Therapeuten wird ein Konzept zur Hilfsmittelversorgung entwickelt, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird.

2.1.3.1.3 Dauer der Beratungsleistungen

Der Anspruch auf Reha-Management endet spätestens drei Jahre nach dem Unfall der versicherten Person.

2.1.3.1.4 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für Beratungsleistungen im Reha-Management.

2.1.3.2 Rehabilitations- und Fitnessmaßnahmen

2.1.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall der versicherten Person führte zu einer Verletzung nach Ziffer 2.2.4.1.1.

Die Reha- oder Fitnessmaßnahmen wurden

- innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall
 - durch einen Facharzt verordnet oder
 - durch unseren Reha-Manager empfohlen und
 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall durchgeführt.
- Ein anderer Kostenträger (z. B. Rentenversicherer) tritt für diese Kosten nicht ein. Leistet ein anderer Kostenträger nur einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet.

Rehamaßnahmen müssen mit dem Ziel durchgeführt werden, die körperlichen Funktionen wiederherzustellen beziehungsweise die individuell größtmögliche Selbstständigkeit zu fördern.

2.1.3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten bis zu 18.000 EUR für Rehabilitationsmaßnahmen.

Wir erstatten außerdem insgesamt bis zu 2.000 EUR für

- maximal zwölf Monatsbeiträge für eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio,
- bis zu 20 Stunden bei einem Physiotherapeuten,
- bis zu 20 Stunden bei einem lizenzierten Personal-Trainer,
- die Teilnahme an einem Gesundheitskurs.

2.1.3.3 Umbau- und Umschulungsmaßnahmen

2.1.3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Bedingungen für die Invaliditätsleistung (Ziffern 2.2.1.1 und 2.2.1.2.2).

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.2.1.2.3.

Nach Abschluss der Umbau- oder Umschulungsmaßnahmen, sind die jeweiligen Originalrechnungen einzureichen.

2.1.3.3.2 Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für Umbau- und Umschulungsmaßnahmen bis zu 20.000 EUR.

2.1.3.3.4 Medizinische Hilfsmittel

2.1.3.3.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet

medizinische Hilfsmittel angeschafft.

Als medizinische Hilfsmittel gelten

- Gliedmaßen-Prothesen,
- Rollstühle,
- Krankenfahrstühle,
- Treppenlifte oder
- Badewannenlifte.

Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.1.3.3.4.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen

- eine Beihilfe bis zu 20.000 EUR,

- sofern nicht ein Dritter (z. B. Krankenkasse) für diese Kosten eintritt.
- 2.1.4 Familien-Management (sofern vereinbart)**
Die Leistungen des Familien-Managements ergänzen die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 und können daher nur zusammen mit den Hilfeleistungen vereinbart werden.
Familien-Management erlischt ohne besondere Kündigung, wenn die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 nicht mehr Vertragsbestandteil sind.
- 2.1.4.1 Voraussetzungen für alle Leistungen im Familien-Management**
Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bei der Betreuung und Versorgung der Kinder/Eltern/Schwiegereltern der Hilfe bedarf.
Betreut und versorgt werden alle im Haushalt lebenden
 - minderjährigen leiblichen Kinder,
 - minderjährigen Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder,
 - behinderten Kinder über 18 Jahre,
 - Eltern oder Schwiegereltern,
 die bei den gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe der Eltern bzw. Kinder angewiesen sind, jedoch keiner Grundpflege bedürfen.
- 2.1.4.2 Dauer der Leistung**
Wir erbringen die Leistung längstens zwölf Wochen, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.1.4.3 Mobilitätsleistung**
- 2.1.4.3.1 Voraussetzung für die Leistung**
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage die übliche Mobilität der betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) zu gewährleisten.
- 2.1.4.3.2 Art der Leistung**
Die Kinder/Eltern/Schwiegereltern werden zu folgenden Terminen gebracht und wieder abgeholt.
Fahrten der Kinder zum Kindergarten/-hort, zur Schule oder zu sonstigen Unterrichtsstunden.
Fahrten der betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) zu Arztterminen oder zum Verein im Umkreis bis zu 25 km vom ständigen Wohnsitz.
- 2.1.4.3.3 Höhe der Leistung**
Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person einschließlich Fahrtkosten.
- 2.1.4.4 Betreuung**
- 2.1.4.4.1 Voraussetzung für die Leistung**
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, die Betreuung zu übernehmen.
- 2.1.4.4.2 Art und Dauer der Leistung**
Die Betreuung der in Ziffer 2.1.4.1 genannten Personen bei gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.
Die Leistung ist auf längstens zehn Stunden am Tag begrenzt.
In den ersten beiden Tagen nach dem Unfall kann auch eine 24-Stunden-Betreuung stattfinden.
- 2.1.4.4.3 Höhe der Leistung**
Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.
- 2.1.4.5 Mahlzeitenservice**
- 2.1.4.5.1 Voraussetzung für die Leistung**
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, den betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) täglich eine warme Mahlzeit zuzubereiten.
- 2.1.4.5.2 Art der Leistung**
Pro Tag und betreute Person (Ziffer 2.1.4.1) wird eine Hauptmahlzeit angeliefert. Die Mahlzeiten werden täglich warm oder jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.
Einrichtungen zum Tiefkühlen oder Erhitzen der Mahlzeiten gehören nicht zum Lieferumfang.
- 2.1.4.5.3 Höhe der Leistung**
Wir tragen die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung.
- 2.1.4.6 Was geschieht bei Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet?**
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz nach diesen Bestimmungen. Danach wird der Vertrag als Unfallversicherung ohne Familien-Management fortgeführt.
Der Beitrag verringert sich entsprechend.
- 2.2 Geldleistungen**
- 2.2.1 Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)**
- 2.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.2.1.1.1 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.
- 2.2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität**
Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall
 - eingetreten und
 - von einem Facharzt schriftlich festgestellt worden.
 Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- 2.2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität**
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.
Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel:
Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.2.1.1.4 **Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr**

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

Wir zahlen in diesem Fall eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.2.1.2 **Art und Höhe der Leistung**

2.2.1.2.1 **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 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 EUR.

2.2.1.2.2 **Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung**

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist.

2.2.1.2.2.1 **Gliedertaxe**

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

Arm	80 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Hand	70 Prozent
Daumen	25 Prozent
Zeigefinger	15 Prozent
anderer Finger	10 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	60 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 Prozent
Fuß	50 Prozent
große Zehe	10 Prozent
andere Zehe	5 Prozent
Auge	55 Prozent
Gehör auf einem Ohr	40 Prozent
Geruchssinn	15 Prozent
Geschmackssinn	15 Prozent
Stimme	100 Prozent
Niere	20 Prozent
Milz	10 Prozent

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

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 Prozent (= ein Zehntel von 80 Prozent).

2.2.1.2.2.2 **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.

2.2.1.2.2.3 **Minderung bei Vorinvalidität**

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.2.1.2.2.1 und Ziffer 2.2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 Prozent (= ein Zehntel von 80 Prozent). Diese 8 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 Prozent.

2.2.1.2.2.4 **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 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:

Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.2.1.2.3 **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 2.2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2.2 **Unfall-Rente (sofern vereinbart)**

2.2.2.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.2.1.1 und 2.2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.2.1.2.3.

2.2.2.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.2.3 **Beginn und Dauer der Leistung**

Wir zahlen die Unfall-Rente

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

Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.2.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzu-

fordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.2.3 Verbesserte Übergangsleistung (sofern vereinbart)

2.2.3.1 Leistung drei Monate nach dem Unfallereignis

2.2.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mindestens drei Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von vier 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 mindestens drei Monaten ausgehen.

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

Beispiel:

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

2.2.3.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Übergangsleistung in Höhe von 50 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3.2 Leistung sechs Monate nach dem Unfallereignis

2.2.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mindestens sechs Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben 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 mindestens sechs Monaten ausgehen.

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

Beispiel:

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

2.2.3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Übergangsleistung in Höhe von 50 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

Haben Sie noch keine verbesserte Übergangsleistung nach Ziffer 2.2.3.1 erhalten, zahlen wir die verbesserte Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.4.1.1 Unmittelbare Schwerverletzung nach Unfallereignis

Die versicherte Person hat eine der folgenden Schwerverletzungen als unmittelbare Folge eines Unfalls erlitten. Unmittelbar bedeutet, die Gesundheitsschädigung ist als eine direkte Folge des Unfalls entstanden.

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
- Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
- Vollständige Erblindung auf einem Auge
- Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ

2.2.4.1.2 Kein Unfalltod innerhalb von 48 Stunden

Die versicherte Person ist nicht nach dem Unfall

- innerhalb von 48 Stunden und
- infolge des Unfalles gestorben.

2.2.4.1.3 Geltendmachung der Sofortleistung

Sie müssen die Gesundheitsschädigung innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, fachärztlichen Bericht geltend machen. Geltend machen heißt: Sie legen uns den fachärztlichen Bericht vor, aus dem die Schwerverletzungen zu entnehmen sind.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Sofortleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel:

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

2.2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme als Einmalzahlung.
- für die versicherte Person nur einmal, auch wenn für sie mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.5 Todesfall-Leistung (sofern vereinbart)

2.2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
- im zweiten Jahr nach dem Unfall an den Unfallfolgen und wir bezahlen keine Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.2.1.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.9.

2.2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.5.3 Verdopplung der Todesfall-Leistung

Versterben beide versicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, verdoppeln wir die für den Unfalltod der Eltern vereinbarten Todesfall-Leistungen für die bezugsberechtigten, minderjährigen Kinder.

2.2.5.4 Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.

2.2.6 Verbessertes Krankenhaustagegeld (sofern vereinbart)

2.2.6.1 Krankenhaustagegeld bei unfallbedingt vollstationären Aufenthalten

2.2.6.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in

- medizinisch notwendiger
 - vollstationärer Heilbehandlung
- oder in einer an den ersten Krankenhausaufenthalt
- anschließenden, vollstationären Anschlussheilbehandlung
- oder
- anschließenden, berufsgenossenschaftlich stationären Weiterbehandlung.

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

Ebenfalls erbringen wir diese Leistung, wenn die versicherte Person in

- medizinisch notwendiger
- vollstationärer Heilbehandlung
- in einem Institut für Heilbehandlungen und Rehabilitation (sogenannte gemischte Institute) wegen
- einer Notfalleinweisung oder
- weil das Institut das einzige Versorgungskrankenhaus in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person ist.

2.2.6.1.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung,

- längstens für vier Jahre ab dem Tag des Unfalls,
- mindestens für drei Tage,
- während der ersten 250 Tage in doppelter Höhe (Genesungsgeld).

Sollte sich die versicherte Person wegen des Unfalls in ambulanter Krankenhausbehandlung von mindestens sechs Stunden befinden, eine vollstationäre Heilbehandlung aber medizinisch nicht nötig sein, zahlen wir das Krankenhaustagegeld für drei Tage in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

2.2.6.2 Zusätzliches Krankenhaustagegeld im Ausland

2.2.6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist wegen eines Unfalls im Ausland in

- medizinisch notwendiger
- vollstationärer Heilbehandlung
- in einem Krankenhaus im Ausland.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.

2.2.6.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung im Ausland,
- längstens für 28 Tage ab dem Tag des Unfalls,
- zusätzlich zum Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.6.1.

2.2.6.3 Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen

2.2.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich unfallbedingt

- innerhalb von vier Jahren ab dem Tag des Unfalls
- einer ausschließlich wegen Unfallfolgen,
- medizinisch notwendigen,
- ambulanten chirurgischen Operation, welche
 - anstelle einer an sich üblichen, vollstationären Behandlung,
 - unter Narkose durchgeführt wird und
 - nicht einzig wegen Hautverletzungen erfolgt.

Sie müssen

- die zuvor genannten Voraussetzungen durch einen Facharztbericht schriftlich feststellen lassen.
- Ihren Anspruch spätestens einen Monat nach der Operation bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie senden uns einen fachärztlichen Bericht zu, welcher die Voraussetzungen bestätigt.

2.2.6.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für sechs Tage.

2.2.6.4 Krankenhaustagegeld bei teilstationärer oder ambulanter Rehabilitation

2.2.6.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person führt unfallbedingt

- wegen der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von vier Jahren ab dem Tag des Unfalls,
- für zusammenhängend mindestens drei Wochen,
- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung,
- eine medizinisch notwendige,
- teilstationäre oder ambulante Rehabilitation,
- mit den vorgesehenen ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen,
- ohne Übernachtungen,
- im Klinikum oder in einer gleichgestellten Einrichtung durch.

2.2.6.4.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen je teilstationärer oder ambulanter Rehabilitation das vereinbarte Krankenhaustagegeld für 15 Tage.

2.2.6.5 Rooming-in (Kinder-Unfallversicherung)

2.2.6.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine erziehungsberechtigte Person übernachtet mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in). Der behandelnde Arzt hat die Übernachtung genehmigt.

Der Unfall ereignete sich vor dem 14. Geburtstag des versicherten Kindes. Die in Ziffer 2.2.6.1.1 genannten Voraussetzungen für das Krankenhaustagegeld sind erfüllt.

2.2.6.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen für jede Übernachtung der Person mit Erziehungsrecht

- das für das versicherte Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld,
- längstens für 100 Übernachtungen,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für das versicherte Kind mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.6.6 Schulausfallgeld (Kinder-Unfallversicherung)

2.2.6.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind nimmt unfallbedingt mindestens 20 Tage nicht am Unterricht einer allgemein bildenden Schule teil. Der Unfall ereignete sich spätestens in dem Versicherungsjahr, in dem das versicherte Kind seinen 18. Geburtstag erlebt.

Sie müssen

- uns eine Bescheinigung der Schule über die Ausfalltage und
- ein ärztliches Attest vorlegen sowie
- Ihren Anspruch spätestens drei Monate nach dem Ende des Schulausfalles bei uns geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass sich ein Schulausfall von mindestens 20 Tagen ereignete.

2.2.6.6.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen ab dem 20. ausgefallenen Schultag für jeden Tag des Schulausfalles

- das für das versicherte Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld,
- längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls,
- außerhalb der Ferienzeit und sonstiger unterrichtsfreier Tage,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für das versicherte Kind mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles gelten als ein Schulausfall.

2.2.7 Tagegeld (sofern vereinbart)

2.2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.2.7.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel:

Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

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

2.2.8

Kosten für kosmetische Operationen

2.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Laserbehandlungen von Narben sind auch kosmetische Operationen, nicht jedoch Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

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

2.2.8.2

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,
- Kosten für medizinisch notwendige Heilmittel,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen,
- bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.9

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

2.2.9.1

Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für

- Zahnbehandlung oder
- Zahnersatz

entstanden.

Sie müssen die Kosten durch Vorlage der Rechnung des Arztes nachweisen.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Kranken-, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.2.9.2

Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu 20.000 EUR.

2.2.10

Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie für zusätzliche Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz

2.2.10.1

Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

2.2.10.1.1

Voraussetzung für die Leistung

Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- den Transport aufgrund einer Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus

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.

2.2.10.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten

- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.10.2 Zusätzliche Kosten für Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz

2.2.10.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für

- den ärztlich angeordneten oder
- nach der Verletzungsart unvermeidbaren

Mehraufwand bei der Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz entstanden.

Die versicherte Person muss im unfallbedingten Todesfall zu ihrem letzten, ständigen Wohnsitz überführt werden.

Den mitreisenden Kindern, Eltern und dem mitreisenden Ehe- oder Lebenspartner sind zusätzliche Kosten für

- Übernachtungen oder
- Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz

wegen eines Unfalls der versicherten Person entstanden, welcher sich im Ausland ereignete. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.

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

Ebenfalls übernehmen wir beim unfallbedingten Tod der versicherten Person die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung nach Deutschland.

2.2.10.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten

- der versicherten Person
 - für die Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz oder
 - für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall,
- der mitreisenden Kinder, der Eltern und des Ehe- oder Lebenspartners der versicherten Person
 - für die Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz oder
 - für die Unterbringung von bis zu 14 Tagen,
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.10.3 Übernahme von Druckkammerkosten

2.2.10.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt

- beim außerberuflichen Tauchen
- eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II.

2.2.10.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten (z. B. Krankenkasse) übernommene

- Kosten für die Druckkammerbehandlung
- bis zur Höhe von 20.000 EUR.

2.2.10.4 Notfallservice

2.2.10.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Nach einem Unfall der versicherten Person sind die folgenden Maßnahmen ärztlich angeordnet oder nach der Verletzungsart unvermeidbar.

2.2.10.4.2 Art der Leistung

Wir organisieren

- die Verlegung der versicherten Person vom Krankenhaus zur Spezialklinik
- die Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz.

Bei einem Unfall im Ausland organisieren wir zusätzlich

- den medizinisch notwendigen Rücktransport in ein geeignetes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Dazu setzen wir uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und klären die Verletzungsfolgen und den geplanten Heilungsverlauf.

- die gegebenenfalls notwendige Heimfahrt oder Unterbringung für die mitreisenden Kinder, Eltern und den Ehe- oder Lebenspartner bis zu 14 Übernachtungen.

- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

Die Ihnen entstehenden Mehrkosten tragen wir im Rahmen der Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

2.2.11 Kosten für psychologische Betreuung

2.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person muss wegen

- eines Unfalles oder
 - einer Bedrohung mit Tod oder
 - Körperverletzung oder
 - des Unfalltodes einer nahestehenden Person
- psychologisch betreut werden.

Sie müssen uns die entstandenen Kosten nachweisen.

2.2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die entstanden Kosten für die psychologische Betreuung

- von maximal 10 Stunden
- bis zu 5.000 EUR.

2.2.12 Privatärztliche Behandlung (Kinder-Unfallversicherung)

2.2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall ereignete sich vor Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Das versicherte Kind befindet sich wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und hat Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die gesondert berechneten

- ärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) bis zum 3,5 fachen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Kosten für die

- Unterbringung in einem Zweibettzimmer
- Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson. Voraussetzung ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat

nach Vorleistung durch den Krankenversicherer, sofern ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Unsere Leistungspflicht endet, wenn keine medizinisch begründete stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, spätestens jedoch nach zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

Bei einem Verzicht auf einer dieser Wahlleistungen besteht kein Anspruch auf Ersatzleistung.

2.3 Garantien

2.3.1 Update-Garantie

2.3.1.1 Bieten wir neue Bedingungen mit abweichenden Regelungen zum versicherten Leistungsumfang an, so gelten mit Datum ihrer Einführung jeweils die für Sie günstigeren Regelungen.

2.3.1.2 Die Leistungsverbesserungen nach Ziffer 2.3.1.1 gelten für die Dauer von fünf Jahren ab der erstmaligen Vereinbarung der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Danach gelten wieder die ursprünglich vereinbarten Leistungen.

2.3.2 Besserstellungs-Garantie gegenüber Vorvertrag

2.3.2.1 Sie können im Versicherungsfall verlangen, dass nach den Versicherungsbedingungen Ihres Vertrags beim Vorversicherer reguliert wird, die zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns des Anschlussvertrags bei uns galten.

2.3.2.2 Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

2.3.2.2.1 Es handelt sich um allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich in den Vertrag eventuell einbezogener und zur standardmäßigen Verwendung vorgesehener besonderer Bedingungen eines in Deutschland zum Betrieb zugelassenen Versicherers. Der Vorvertrag unterlag deutschem Recht.

2.3.2.2.2 Der bei uns bestehende Vertrag schließt unmittelbar an den Vorvertrag an.

2.3.2.2.3 Die Vorversicherung wurde bei Antragstellung angegeben.

2.3.2.2.4 Sie stellen uns im Versicherungsfall die Bedingungen des Vorvertrags im Original zur Verfügung.

2.3.2.2.5 Der Versicherungsfall ist nicht später als fünf Jahre nach Vertragsbeginn bei uns eingetreten.

2.3.2.3 Die bei uns geltenden Versicherungssummen stellen nach Abzug vereinbarter Selbstbeteiligungen die Höchstentschädigungen je Versicherungsfall dar.

2.3.2.4 Die Besserstellungs-Garantie gegenüber Vorvertrag gilt nicht,

2.3.2.4.1 soweit es sich bei den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags um

- einzelvertragliche bzw. individuelle Vereinbarungen,
 - Assistance-Leistungen und sonstige Dienstleistungen
- handelt;

2.3.2.4.2 für Gefahren, Leistungen und Risiken, die im Vorvertrag versichert waren, jedoch im aktuellen Vertrag bei uns nicht vereinbart werden konnten, weil diese von Ihnen nicht gewünscht oder von uns abgelehnt wurden;

2.3.2.4.3 in der Unfallversicherung für

- von diesem Vertrag abweichende Progressionsstufen, Mehrleistungsmodelle und Gliedertaxen;
- Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse nach Ziffer 5.1.3;
- Unfälle beim aktiven Fliegen nach Ziffer 5.1.4;
- Unfälle durch Rennen mit Motorfahrzeugen Ziffer 5.1.5.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele:

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel:

Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

Wir nehmen keine Minderung vor, wenn

- der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent beträgt.
- die Leistungsarten Hilfeleistungen, Reha-Management oder Familien-Management betroffen sind.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Wir können die versicherte Person nicht weiter versichern, wenn diese

- dauerhaft schwer- oder schwerstpflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist und
- ein Pflegegrad 4 oder 5

festgestellt wurde.

Die Nicht-Versicherbarkeit gilt auch, wenn Sie uns diesen Umstand nicht mitteilen und weiterhin Beiträge für Ihre Unfallversicherung entrichten.

Bei Pflegegrad 1, 2 oder 3 wird der Vertrag als Unfallversicherung ohne Hilfeleistungen und Familien-Management (sofern vereinbart) fortgeführt. Der Beitrag verringert sich entsprechend.

4.2 Folgen der Nichtversicherbarkeit, Vertragsende

Sie erhalten keine Leistung mehr aus Ihrer Unfallversicherung, sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist (Ziffer 4.1). Gleichzeitig endet die Versicherung für die versicherte Person.

4.3 Beitragserstattung

Wir zahlen den für nicht versicherbare Personen entrichteten Beitrag ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit zurück.

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

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.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde verursacht durch

- ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
- Herzinfarkt oder Schlaganfall,
- Zuckerschok,
- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall,
- Medikamenteneinnahme,
- Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,1 Promille beträgt.
- ungewollte Einnahme von sogenannten „K. O.-Tropfen“, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt worden ist.
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind.
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.

Die eigentlichen Gesundheitsschädigungen des Schlaganfalls, Herzinfarkts, Zuckerschocks, epileptischen Anfalls, Krampfanfalls, Medikamentenmissbrauchs oder Alkoholkonsums sind nicht mitversichert.

5.1.2 Straftaten

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Ausnahme:

Bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten ist auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

5.1.3 Kriego- oder Bürgerkriegsereignisse

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.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, 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 Aktives Fliegen

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 Rennen mit Motorfahrzeugen

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.

Ausnahme:

Unfälle bei der Beteiligung an Motorsportveranstaltungen sind mitversichert, wenn es sich um

- genehmigte Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen handelt,
- bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt,
- sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

Beispiel:

Das Fahren mit Leihkarts auf einer Kartanlage.

Weiterhin besteht Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

5.1.6 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Bestimmte Gesundheitsschäden

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (d. h. zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Ausnahme:

Die versicherte Person erleidet Gesundheitsschäden durch Laser-, Maser-, Röntgenstrahlen, ultraviolette Strahlen sowie energiereiche Strahlen bis 100 Elektrovolt.

Diese Ausnahme gilt nicht, wenn die Gesundheitsschäden

- eine Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten oder
- eine Folge von Berufskrankheiten sind oder
- durch strahlendiagnostische oder therapeutische Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstanden sind.

5.2.3 **Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person**

Ausnahme:

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

Beispiel:

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

Weiterhin gilt bei den Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung,
- Unfall-Rente,
- verbesserte Unfall-Rente,
- Todesfall-Leistung,

die Folgen von Schutzimpfungen mitversichert, soweit gegen Tollwut, Wundstarrkrampf oder FSME geimpft wird und die Schutzimpfung

- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 **Infektionen**

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich erstmalig

- mit Tollwut, Wundstarrkrampf
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. 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).

Weiterhin gilt bei den Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung,
- Unfall-Rente,
- verbesserte Unfall-Rente,
- Todesfall-Leistung,

die erstmalige Infektion der versicherten Person mit einem Erreger der Infektionskrankheiten:

- Chikungunja-Fieber,
- Dengue-Fieber,
- Japanische Enzephalitis,
- Rückfallfieber,
- Fleckfieber,
- Gelbfieber,
- Malaria tropica,
- Schlafkrankheit (Tse-Tse-Krankheit)

als mitversichert.

Mitversichert ist auch die erste Infektion durch einen der vorgenannten Erreger nach vorheriger Schutzimpfung soweit diese

- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist

eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion und einer Invalidität oder des Todes ist durch einen fachärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, durch Sie nachzuweisen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 **Vergiftungen**

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

Ausnahmen:

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel (keine Alkoholvergiftungen)
- die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.

5.2.6 **Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen**

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

Beispiele:

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

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für die Folgen nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall entstehen, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6 **Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei vereinbarter Kinder-Unfallversicherung und nach Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?**

6.1 **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 (siehe Seite 2 – Was Sie über Ihre Unfallversicherung wissen sollten).

6.1.1 **Mitteilung der Änderung**

Bitte teilen Sie uns eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten ab dem Änderungszeitpunkt mit. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

Ausnahme bei nebenberuflichen Tätigkeiten:

Übt die versicherte Person

- geringfügige Beschäftigungen oder
- geringfügige selbstständige Tätigkeiten

im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des vierten Sozialgesetzbuches (SGB IV) aus, müssen Sie uns die Änderung nicht mitteilen.

Ziffer 6.1.2 findet somit keine Anwendung.

Diese Ausnahme gilt nicht wenn das Entgelt/der Umsatz aus diesen Beschäftigungen insgesamt höher als 10.000 EUR pro Jahr ist.

In diesem Fall muss die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gemeldet werden.

<p>6.1.2 Auswirkungen der Änderung</p> <p>Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwölf Monaten ab der Änderung.</p> <p>Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese ab dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.</p> <p>Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.</p> <p>Wenn Sie es wünschen, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei einem erhöhten oder gesenkten Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.</p> <p>6.2 Umstellung des Tarifs in der Kinder-Unfallversicherung</p> <p>6.2.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.</p> <p>Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder – Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. <p>6.2.2 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.</p> <p>6.3 Umstellung des Tarifes nach Vollendung des 70. Lebensjahres</p> <p>6.3.1 Reduktion der Leistungen</p> <p>Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.</p> <p>Danach entfallen die Leistungsverbesserungen durch die</p> <ul style="list-style-type: none"> – Besonderen Bedingungen für Mehrleistungen (Teil III) – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Teil III) – Besonderen Bedingungen für die verbesserte Unfall-Rente, diese wird als Unfall-Rente nach Ziffer 2.2.2 fortgeführt <p>sowie die Leistungsart</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tagegeld nach Ziffer 2.2.7. <p>6.3.2 Anpassung der Versicherungsbeiträge</p> <p>Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach dem dann geltenden Tarif für Personen ab 70 Jahren.</p> <p>Der Leistungsfall</p> <p>7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Fristen und Obliegenheiten)</p> <p>Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt. Beachten Sie insbesondere die folgenden Fristen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Invaliditätsleistung (Ziffer 2.2.1.1.2 und 2.2.1.1.3) – Verbesserte Übergangsleistung (Ziffer 2.2.3.1.1 und 2.2.3.2.1) – Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.2.4.1.3) – Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen (Ziffer 2.2.6.3.1) – Schulausfallgeld (Ziffer 2.2.6.6.1) <p>Wir beschreiben im Folgenden Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Hilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.</p>	<p>7.1</p> <p>7.2</p> <p>7.3</p> <p>7.4</p> <p>7.5</p> <p>7.6</p> <p>7.7</p> <p>7.8</p> <p>7.9</p> <p>8</p> <p>8.1</p>	<p>Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unverzüglich unterrichten.</p> <p>Bei geringfügigen Verletzungen, bei denen Sie zunächst davon ausgehen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, werten wir es jedoch nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn Sie einen Arzt erst dann hinzuziehen, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.</p> <p>Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.</p> <p>Vermitteln wir eine Leistung an Dienstleister, müssen Sie oder die versicherte Person auch diesen gegenüber Auskünfte und Einverständniserklärungen im Zusammenhang mit zu erbringenden Assistance-Leistungen abgeben.</p> <p>Sie und die versicherte Person sind damit einverstanden, dass wir im erforderlichen Umfang Daten an Dienstleister im Rahmen der Vertragsdurchführung übermitteln. Dazu gehören auch Angaben zum Gesundheitszustand und dem persönlichen Umfeld.</p> <p>Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht.</p> <p>Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben. – anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden. <p>Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.</p> <p>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.</p> <p>Sie oder die versicherte Person müssen beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich einen Antrag auf Leistungen stellen, wenn sich nach einem Unfall eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ergibt. Sie sind verpflichtet, uns die Anerkennung oder Ablehnung eines Pflegegrades unverzüglich zu melden.</p> <p>Sie oder die versicherte Person müssen uns über den Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend informieren, falls wir oder der beauftragte Dienstleister Sie bei Beginn unserer Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1) darum bitten.</p> <p>Während wir oder der beauftragte Dienstleister Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1) erbringen, sind uns Änderungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt:</p> <p>Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Blutprobe und/oder eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – vornehmen zu lassen.</p> <p>8 Welche Folgen haben das Nichteinhalten von Fristen und die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?</p> <p>8.1 Fristversäumnis</p> <p>Ihr Leistungsanspruch entfällt, wenn die Fristen zur Geltendmachung von Leistungen nicht eingehalten werden. Es ist unerheblich, ob Sie dabei ein Verschulden trifft. Soweit Ausnahmen bestehen, sind diese in den Voraussetzungen für die Leistungen genannt.</p>
--	--	--

8.2 Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1)

9.1.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Sobald wir den individuellen Bedarf der versicherten Person an Hilfeleistungen, im Reha-Management oder im Familien-Management feststellen konnten, erklären wir unverzüglich, wann wir welche Leistungen erbringen werden.

9.2 Geldleistungen (Ziffer 2.2)

9.2.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Abweichend hiervon beträgt die Frist bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

9.2.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.2.3 Vorschüsse

Wir zahlen – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse, wenn die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach feststeht.

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.

9.2.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben.

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

Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahre und uns längstens bis zu zwei Jahren nach dem Unfall zu.

– Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

– Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies drei Monate vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit fünf Prozent 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.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Sie als auch wir können in Textform kündigen. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragsdauer zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag in Textform 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 Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel:

Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf 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

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,
- Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- 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 oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen 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 der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

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

11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden 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 bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

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

11.4 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 unverzüglich zahlen.

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung in der Kinder-Unfallversicherung

11.6.1 Bei Tod des Versicherungsnehmers:

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- Sie nicht mit der Beitragszahlung der Kinder-Unfallversicherung in Verzug (Ziffer 11.3.2) sind,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1.1

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

Die Versicherung endet danach automatisch.

11.6.1.2

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

11.6.2

Bei Invalidität des Versicherungsnehmers:

Wenn Sie während der Wirksamkeit der Kinder-Unfallversicherung einen Unfall erleiden, für den wir einen unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent anerkennen und

- Sie bei Beginn der Kinder-Unfallversicherung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- Sie nicht mit der Beitragszahlung der Kinder-Unfallversicherung in Verzug (Ziffer 11.3.2) sind,
- die Kinder-Unfallversicherung nicht gekündigt war und
- für Sie ebenfalls eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft besteht

gilt Folgendes:

- 11.6.2.1 Wir führen die Versicherung mit dem zum Zeitpunkt der Anerkennung geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
Die Versicherung endet danach automatisch.
- 12 Wie ist der Beitrag kalkuliert und in welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfeleistungen oder das Familien-Management neu festgesetzt werden?**
- 12.1 Beitragskalkulation**
Der Gesamtbeitrag für Ihre Unfallversicherung errechnet sich aus der Summe der Beiträge für die vertraglich vereinbarten Leistungen.
Die Kalkulation der Beiträge berücksichtigt
- den erwarteten Bedarf für Schadenaufwendungen,
 - die Kosten für Vertrieb, Verwaltung und Rückversicherung sowie
 - einen Gewinn.
- In dieser Unfallversicherung errechnet sich der Tarifbeitrag aus der Addition der Beiträge für die Geld- und Assistance-Leistungen (Hilfeleistungen, Reha-Management, Familien-Management). Die Beiträge für die Geld- und Assistance-Leistungen sind kalkuliert unter Berücksichtigung des erwarteten Schadenbedarfs, der Kosten für Vertrieb, Verwaltung, Rückversicherung sowie des Gewinnansatzes.
Eine Beitragsanpassung beschränkt sich auf den Beitrag für die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 und für das Familien-Management nach Ziffer 2.1.4.
- 12.2 Beitragsanpassung für die Hilfeleistungen und das Familien-Management**
- 12.2.1 Für die Hilfeleistungen (Ziffer 2.1.2) und für das Familien-Management (Ziffer 2.1.4) gilt diese Beitragsanpassung als vereinbart.
- 12.2.2 Wenn sich Ihr Vertrag verlängert (Ziffer 10.2.2), können wir den Tarifbeitrag zu Beginn des Verlängerungszeitraums absenken oder erhöhen.
Diese Beitragsanpassung berücksichtigt
- den seit der letzten Beitragskalkulation eingetretenen, tatsächlichen Bedarf für Schadenaufwendungen sowie
 - den bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erwarteten Bedarf für Schadenaufwendungen.
- Die Beitragskalkulation erfolgt nach Ziffer 12.1.
Wir sind berechtigt, für die Anpassung die statistischen Erkenntnisse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zu berücksichtigen und einen unabhängigen Treuhänder mit der Prüfung der Neukalkulation zu beauftragen.
- 12.2.3 Haben Sie Ihre Unfallversicherung für fünf Jahre oder länger abgeschlossen, gilt die Beitragsanpassung (Ziffer 12.2.) für das Ende des fünften und jedes darauf folgende Versicherungsjahr (Ziffer 10.2.2) als vereinbart.
- 12.2.4 Wir werden für den bestehenden Vertrag keinen höheren Beitrag verlangen als für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Versicherungsschutz. Tarifmerkmale sind Merkmale, die für die Berechnung des Beitrags notwendig sind.
Wir senken den Tarifbeitrag für den bestehenden Vertrag entsprechend dem Tarifbeitrag für neu abzuschließende Verträge, wenn der neuere Tarifbeitrag bei gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Versicherungsschutz niedriger ist.
- 12.2.5 Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Sie hierüber spätestens einen Monat vor Wirksamkeit der Beitragserhöhung informieren.
- Wir werden Sie dann auch darüber informieren, dass Sie Ihren Versicherungsvertrag aufgrund der Beitragserhöhung kündigen können. Sie haben nach Erhalt dieser Mitteilung einen Monat Zeit, uns Ihre Kündigung in Textform zuzustellen. Die Kündigung des Vertrags ist zu dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll.
- Weitere Bestimmungen**
- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 13.1 Fremdversicherung**
Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).
Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.
Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 13.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**
Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 13.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht**
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.
Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.
- 14.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.
- 14.2.1 Rücktritt**
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

14.2.2 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.

14.2.3 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, in Textform fristlos kündigen, wenn

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

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

14.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

14.4 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern 14.1 bis 14.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1 Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

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

16.3 Wenn Sie nach Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen, können Klagen nur bei dem für unseren Sitz zuständigen Gericht erhoben werden.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen 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 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?

18.1 Wir sind berechtigt bei

- Änderung bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften, die sich unmittelbar auf einzelne

Bestimmungen des Versicherungsvertrags auswirken,

- den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung,
- rechtskräftiger Feststellung der Unwirksamkeit einzelner Bedingungen durch ein Gericht,
- Beanstandung einzelner Bedingungen als mit geltendem Recht nicht vereinbar durch die Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsaktes oder
- Verstoß einzelner Bedingungen gegen Leitlinien oder Rundschreiben der Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde

die betroffenen Bedingungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung).

18.2 Welche Regelungen können angepasst werden?

Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Ihre Obliegenheiten nach Vertragsschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.

18.3 Wann ist eine Anpassung zulässig?

Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit und der Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.

Unsere Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.

18.4 Wie wird die Anpassung durchgeführt?

Durch die Anpassung darf das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung nicht zu Ihrem

Nachteil geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.

18.5 Wer überprüft die Anpassung?

Die Zulässigkeit und Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

18.6 Wie informieren wir Sie über eine Anpassung?

Wir werden Ihnen die angepassten Bedingungen schriftlich mitteilen und erläutern. Die angepassten Bedingungen gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung widersprechen. Hierauf werden wir Sie in der Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung Ihres Widerspruchs.

18.7 Unser Kündigungsrecht bei Ihrem Widerspruch

Wenn Sie fristgemäß widersprechen, tritt die Anpassung nicht in Kraft. Wir können innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines jeden Monats kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Aus rechtlichen Gründen weisen wir Sie auf Folgendes hin:

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht Europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Teil II

Zusatzbedingungen

Diese Zusatzbedingungen ergänzen die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen mit Premiumschutz (AUB Premium 2018), sie gelten generell in der Gruppen-Unfallversicherung.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (ZB GruppenUV 2018)

Sie können die Gruppen-Unfallversicherung mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abschließen. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Was gilt für die Versicherungen ohne Namensangabe?

- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 Sie müssen die zu versichernden Personen so bezeichnen und erfassen, dass deren Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis eindeutig feststeht.
- 1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe müssen Sie uns innerhalb eines Monats nach unserer Aufforderung machen.

Inhalt der Angabe:

- Aufteilung nach Monaten,
- Angabe des jeweils höchsten Stands eines Monats,
- Angaben für jede versicherte Gruppe getrennt, falls mehrere Gruppen versichert sind.

Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

- 1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt. Sie erhalten eine Beitragsabrechnung.

2 Was gilt für Versicherungen mit Namensangabe?

- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 Für noch nicht versicherte Personen gilt Folgendes:

Sie können jederzeit Personen bei uns anmelden, deren Beruf, Beschäftigung und Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen.

Der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Personen beginnt frühestens mit Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

- 2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

- 2.4 Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss des Einzelnen in den Vertrag abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

3 Wann endet der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person? Wann endet der Vertrag?

Ergänzend zu Ziffer 10 AUB Premium 2018 gilt:

- 3.1 Der Versicherungsschutz einer versicherten Person erlischt,
 - wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet oder
 - wenn sie einen neuen Beruf oder eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist.
- 3.2 Sie oder wir können den Versicherungsschutz einer versicherten Person durch Mitteilung in Textform Ihnen gegenüber beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben, oder wenn wegen dieser Leistung gegen uns Klage erhoben wurde.

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

Der Versicherungsschutz für die einzelne Person endet einen Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.
- 3.3 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

Zusatzbedingungen zur Leistungsbegrenzung (ZB Leistungsbegrenzung 2018)

Werden mehrere durch diesen Vertrag versicherte Personen gemeinsam von einem Unfallereignis betroffen und übersteigt unsere Leistungspflicht den Betrag von insgesamt 10.000.000 EUR, ist unsere Gesamtleistung auf diesen Betrag begrenzt. Die auf den Einzelnen entfallenden Leistungen reduzieren sich entsprechend.

Teil III

Besondere Bedingungen

Diese Besonderen Bedingungen ändern oder ergänzen je nach Vereinbarung die Bestimmungen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen mit PremiumSchutz (AUB Premium 2018)

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2018 – 300 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Wir zahlen
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent die doppelte,
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 80 Prozent die zweieinhalbfache,
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent die dreifache

Invaliditätsleistung.

- 2 Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 1.200.000 EUR beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen 500 (BB Mehrleistungen 2018 – 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Wir zahlen
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent die doppelte,
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 80 Prozent die dreifache,
 - ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent die fünffache

Invaliditätsleistung.

- 2 Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 1.600.000 EUR beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 (BB Progression 2018 – 225 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditäts- Grad Leistung		Invaliditäts- Grad Leistung		Invaliditäts- Grad Leistung		Invaliditäts- Grad Leistung	
in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1	1	26	27	51	78	76	153
2	2	27	29	52	81	77	156
3	3	28	31	53	84	78	159
4	4	29	33	54	87	79	162
5	5	30	35	55	90	80	165
6	6	31	37	56	93	81	168
7	7	32	39	57	96	82	171
8	8	33	41	58	99	83	174
9	9	34	43	59	102	84	177
10	10	35	45	60	105	85	180
11	11	36	47	61	108	86	183
12	12	37	49	62	111	87	186
13	13	38	51	63	114	88	189
14	14	39	53	64	117	89	192
15	15	40	55	65	120	90	195
16	16	41	57	66	123	91	198
17	17	42	59	67	126	92	201
18	18	43	61	68	129	93	204
19	19	44	63	69	132	94	207
20	20	45	65	70	135	95	210
21	21	46	67	71	138	96	213
22	22	47	69	72	141	97	216
23	23	48	71	73	144	98	219
24	24	49	73	74	147	99	222
25	25	50	75	75	150	100	225

**Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300
(BB Progression 2018 – 300 Prozent)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad	
in %	Leistung in %	in %	Leistung in %	in %	Leistung in %	in %	Leistung in %
1	1	26	28	51	104	76	204
2	2	27	31	52	108	77	208
3	3	28	34	53	112	78	212
4	4	29	37	54	116	79	216
5	5	30	40	55	120	80	220
6	6	31	43	56	124	81	224
7	7	32	46	57	128	82	228
8	8	33	49	58	132	83	232
9	9	34	52	59	136	84	236
10	10	35	55	60	140	85	240
11	11	36	58	61	144	86	244
12	12	37	61	62	148	87	248
13	13	38	64	63	152	88	252
14	14	39	67	64	156	89	256
15	15	40	70	65	160	90	260
16	16	41	73	66	164	91	264
17	17	42	76	67	168	92	268
18	18	43	79	68	172	93	272
19	19	44	82	69	176	94	276
20	20	45	85	70	180	95	280
21	21	46	88	71	184	96	284
22	22	47	91	72	188	97	288
23	23	48	94	73	192	98	292
24	24	49	97	74	196	99	296
25	25	50	100	75	200	100	300

**Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350
(BB Progression 2018 – 350 Prozent)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad		Invaliditäts-Grad	
in %	Leistung in %	in %	Leistung in %	in %	Leistung in %	in %	Leistung in %
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 (BB Progression 2018 – 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung
in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1	1	26	28	51	108	76	308
2	2	27	31	52	116	77	316
3	3	28	34	53	124	78	324
4	4	29	37	54	132	79	332
5	5	30	40	55	140	80	340
6	6	31	43	56	148	81	348
7	7	32	46	57	156	82	356
8	8	33	49	58	164	83	364
9	9	34	52	59	172	84	372
10	10	35	55	60	180	85	380
11	11	36	58	61	188	86	388
12	12	37	61	62	196	87	396
13	13	38	64	63	204	88	404
14	14	39	67	64	212	89	412
15	15	40	70	65	220	90	420
16	16	41	73	66	228	91	428
17	17	42	76	67	236	92	436
18	18	43	79	68	244	93	444
19	19	44	82	69	252	94	452
20	20	45	85	70	260	95	460
21	21	46	88	71	268	96	468
22	22	47	91	72	276	97	476
23	23	48	94	73	284	98	484
24	24	49	97	74	292	99	492
25	25	50	100	75	300	100	500

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1.000 (BB Progression 2018 – 1.000 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 der AUB Premium 2018 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUB Premium 2018 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung	Invaliditäts-Grad	Invaliditäts-Leistung
in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1	1	26	30	51	167	76	592
2	2	27	35	52	184	77	609
3	3	28	40	53	201	78	626
4	4	29	45	54	218	79	643
5	5	30	50	55	235	80	660
6	6	31	55	56	252	81	677
7	7	32	60	57	269	82	694
8	8	33	65	58	286	83	711
9	9	34	70	59	303	84	728
10	10	35	75	60	320	85	745
11	11	36	80	61	337	86	762
12	12	37	85	62	354	87	779
13	13	38	90	63	371	88	796
14	14	39	95	64	388	89	813
15	15	40	100	65	405	90	830
16	16	41	105	66	422	91	847
17	17	42	110	67	439	92	864
18	18	43	115	68	456	93	881
19	19	44	120	69	473	94	898
20	20	45	125	70	490	95	915
21	21	46	130	71	507	96	932
22	22	47	135	72	524	97	949
23	23	48	140	73	541	98	966
24	24	49	145	74	558	99	983
25	25	50	150	75	575	100	1000

Besondere Bedingungen für die verbesserte Unfall-Rente (BB verbesserte Rente 2018)

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Unfall-Rente nach Ziffer 2.2.2.1 AUB Premium 2018 sind gegeben. Die versicherte Person hat das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet.

2 Höhe der Leistung

2.1 Wir zahlen die verbesserte Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2 Hat der Unfall zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent geführt, zahlen wir die verbesserte Unfall-Rente in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Die verbesserte Unfall-Rente zahlen wir

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

3.2 Die verbesserte Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.2.4 AUB Premium 2018 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

3.3 Ergibt eine Neubemessung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 9.2.4 AUB Premium 2018, dass der Invaliditätsgrad unter 70 Prozent gesunken ist, entfällt die Verdoppelung der verbesserten Unfall-Rente nach Ziffer 2.2 dieser Besonderen Bedingungen.

3.4 Sofern sich der Unfall vor Ablauf des Versicherungsjahres ereignete, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, zahlen wir die verbesserte Unfall-Rente auch nach deren Tod weiter, bis zu zehn Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen durch Zecken- und Insektenstiche (BB Zeckenstich 2018)

1 Abweichend zu Ziffer 5.2.4 AUB Premium 2018 besteht Versicherungsschutz für Infektionen durch Zecken- oder Insektenstiche, wenn dadurch Lyme-Borreliose oder FSME ausgelöst wird.

2 Bei den in den AUB Premium 2018 und den Besonderen Bedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Zecken- oder Insektenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Heilberufe (BB Infektionen für Heilberufe 2018)

Für Unfallversicherungen von Ärzten/innen, Arzthelfern/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in) gilt:

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in Erweiterung von Ziffer 5.2.4 AUB Premium 2018 auf Gesundheitsschäden durch Infektionen ergänzt.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus

- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 dieser Bedingungen bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

Abweichend von Ziffer 2.2.1.1.2 und 2.2.1.1.3 AUB Premium 2018 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraumes von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Tierärzte (BB Infektionen für Tierärzte 2018)

Für Unfallversicherungen von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde gilt:

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz abweichend von Ziffer 5.2.4 AUB Premium 2018 auf Gesundheitsschäden durch Infektionen ergänzt.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus

- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 dieser Bedingungen bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

Abweichend von Ziffer 2.2.1.1.2 und 2.2.1.1.3 AUB Premium 2018 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraumes von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen in die Unfallversicherung für Heilberufe (BB Röntgenstrahlen 2018)

Für Unfallversicherungen von Ärzten/innen, Arzthelfern/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in), Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde gilt:

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang auf Strahlenschäden erweitert:

1 Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB Premium 2018 sind Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades

(BB Bemessung Invaliditätsgrad 2018)

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

- 1 Abweichend von Ziffer 2.2.1.2.2.1 AUB Premium 2018 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 Prozent
Daumen oder Zeigefinger	60 Prozent
anderer Finger	20 Prozent
Bein oder Fuß	80 Prozent
große Zehe	10 Prozent
andere Zehe	5 Prozent
Auge	80 Prozent
Gehör auf beiden Ohren	80 Prozent

- 2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für eine Leistung bei Knochenbrüchen und Bänderrissen

(BB Knochenbrüche und Bänderrisse 2018)

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB Premium 2018 erbringen wir eine Leistung bei Knochenbrüchen und Bänderrissen nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt (nach Ziffer 1 AUB Premium 2018) eine der nachfolgend genannten Verletzungen:

- Bruch eines Knochens (vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens),
- vollständige Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel an Gliedmaßen.

Sie machen den Anspruch auf die Leistung spätestens bis zum Ende des ersten Unfalljahres, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes bei uns geltend.

2 Höhe der Leistung

Die Leistung bei Knochenbrüchen und Bänderrissen wird ohne Berücksichtigung von Ziffer 6.1 AUB Premium 2018 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt und einmal je Unfall erbracht. Die vereinbarte Versicherungssumme für die Leistung bei Knochenbrüchen und Bänderrissen nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik-Modell 8) nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

(BB Zuwachsleistung 2018 – Dynamik-Modell 8)

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, Todesfall-Leistung sowie für Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente, verbesserte Übergangsleistung, verbessertes Krankenhaustagegeld und Tagegeld jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch jährlich um fünf Prozent, höchstens aber um acht Prozent. Die Versicherungssummen für andere vereinbarte Leistungsarten werden nicht erhöht.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.

- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf volle 1.000 EUR,
 - für die Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente auf volle 10 EUR,
 - für die verbesserte Übergangsleistung auf volle 100 EUR,
 - für das verbesserte Krankenhaustagegeld und Tagegeld auf volle 1 EUR.

- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

- 4 Der Beitrag für die angepassten Versicherungssummen erhöht sich entsprechend.

- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

- 6 Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung für die Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres eingegangen sein und gilt ab dem nächsten Versicherungsjahr.

- 7 Der Zuwachs von Leistung und Beitrag endet, wenn für die versicherte Person eine der folgenden Höchstsummen für eine Leistungsart überschritten ist:

600.000 EUR	Invaliditätsleistung
1.800.000 EUR	Vollinvalidität
2.500 EUR	Unfall-Rente
1.250 EUR	verbesserte Unfall-Rente
35.000 EUR	verbesserte Übergangsleistung
500.000 EUR	Todesfall-Leistung
150 EUR	verbessertes Krankenhaustagegeld
50 EUR	Tagegeld

Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz

(BB Vorsorgeschutz 2018)

1 Wer ist versichert?

Wir bieten vorläufigen Versicherungsschutz (Vorsorgeschutz) für Ihre während der Dauer des Vertrags

- geborenen Kinder,
- hinzukommende Adoptivkinder,
- hinzukommende Pflegekinder,
- hinzukommende Stiefkinder,
- hinzukommenden Ehepartner.

Der Vorsorgeschutz gilt nicht

- für dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 nach Ziffer 4 AUB Premium 2018,
- für Personen, für die bereits eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft besteht.

2 In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für die Dauer von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt

- der Geburt für das hinzukommende Kind,
- des Wirksamwerdens der Adoption für das Adoptivkind,
- der Aufnahme des Pflege-/Stiefkinds,
- der Heirat für den hinzukommenden Ehepartner.

Die Versicherungssummen betragen:

100.000 EUR	Invaliditätsleistung
300.000 EUR	Vollinvalidität
5.000 EUR	Todesfall-Leistung
10 EUR	verbessertes Krankenhaustagegeld
5.000 EUR	Sofortleistung bei Schwerverletzungen
50.000 EUR	Kosten für kosmetische Operationen
50.000 EUR	Bergungskosten

Vorsorgeschutz besteht auch für Beratungsleistungen im Reha-Management.

Sie sollten uns jede neu hinzukommende Person innerhalb von zwölf Monaten melden.

Der Vorsorgeschutz besteht ausschließlich im Rahmen der AUB Premium 2018 und der Besonderen Bedingungen für Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2018 – 300 Prozent). Andere in diesem Vertrag vereinbarte Leistungen und Bedingungen finden auf den Vorsorgeschutz keine Anwendung.

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die für den Vorsorgeschutz vereinbarten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Endet der bestehende Vertrag vor Ablauf dieser zwölf Monate, besteht der Vorsorgeschutz längstens bis zum Ende des Vertrags.

Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Fahrer und Beifahrer von Oldtimer-Kraftfahrzeugen bei privaten Fahrten

(BB Oldtimer private Fahrten 2018)

1 Wer ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz (Vorsorgeschutz) für den Fahrer und Beifahrer bei privaten Fahrten mit Ihren Oldtimer-Kraftfahrzeugen.

Der Vorsorgeschutz gilt nicht für

- für dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 nach Ziffer 4 AUB Premium 2018,
- Personen, für die bereits eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft besteht.

2 In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für die Fahrer und Beifahrer während der privaten Fahrten mit Oldtimer-Kraftfahrzeugen.

Die Versicherungssummen betragen:

- 100.000 EUR Invaliditätsleistung
- 300.000 EUR bei Vollinvalidität
- 5.000 EUR Todesfall-Leistung
- 10 EUR verbessertes Krankenhaustagegeld
- 5.000 EUR Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- 50.000 EUR Kosten für kosmetische Operationen
- 50.000 EUR Bergungskosten

Vorsorgeschutz besteht auch für Beratungsleistungen im Reha-Management.

Der Vorsorgeschutz besteht ausschließlich im Rahmen der AUB Premium 2018 und der Besonderen Bedingungen für Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2018 – 300 Prozent). Andere in diesem Vertrag vereinbarte Leistungen und Bedingungen finden auf den Vorsorgeschutz keine Anwendung.

Bestehen für Sie bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die für den Vorsorgeschutz vereinbarten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Fahrer, Beifahrer und Servicemechaniker von Oldtimer-Kraftfahrzeugen bei organisierten Fahrtveranstaltungen

(BB Oldtimer Fahrtveranstaltungen 2018)

1 Wer ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz (Vorsorgeschutz) für den Fahrer, Beifahrer und Servicemechaniker während der Teilnahme an organisierten Fahrtveranstaltungen sowie während den Auf- und Abbauarbeiten bei diesen organisierten Fahrtveranstaltungen mit Oldtimer-Kraftfahrzeugen.

Der Vorsorgeschutz gilt nicht für

- für dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 nach Ziffer 4 AUB Premium 2018,
- Personen, für die bereits eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft besteht.

2 In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für den Fahrer, Beifahrer und Servicemechaniker für die Dauer von einer Woche ab Beginn der organisierten Fahrtveranstaltung.

Die Versicherungssummen betragen:

- 200.000 EUR Invaliditätsleistung

- 600.000 EUR bei Vollinvalidität
- 10.000 EUR Todesfall-Leistung
- 20 EUR verbessertes Krankenhaustagegeld
- 5.000 EUR Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- 50.000 EUR Kosten für kosmetische Operationen
- 50.000 EUR Bergungskosten

Vorsorgeschutz besteht auch für Beratungsleistungen im Reha-Management.

Der Vorsorgeschutz besteht ausschließlich im Rahmen der AUB Premium 2018 und der Besonderen Bedingungen für Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2018 – 300 Prozent). Andere in diesem Vertrag vereinbarte Leistungen und Bedingungen finden auf den Vorsorgeschutz keine Anwendung.

Bestehen für Sie bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die für den Vorsorgeschutz vereinbarten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen zum Sofort-Schutz

(BB Sofort-Schutz 2018)

1 Anwendung

Besteht für Sie zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses für das im Rahmen dieses Vertrags versicherte Risiko bereits Versicherungsschutz bei einem anderen Versicherer (Vorversicherer), findet der nachfolgend beschriebene Sofort-Schutz Anwendung.

2 Wesen

Der Vertrag des Vorversicherers geht dem bei uns bestehenden Vertrag im Falle eines Schadenereignisses grundsätzlich vor.

Hierbei gilt folgendes vereinbart:

- 2.1 Die Leistung aus dem Sofort-Schutz berechnet sich nach den Bedingungen und Vereinbarungen dieses Vertrags abzüglich einer Leistung des Vorversicherers.
- 2.2 Der Versicherungsschutz im Rahmen des Sofort-Schutzes bezieht sich nur auf den Teil des Schadens, der vom Versicherungsumfang der bereits bestehenden Versicherung nicht erfasst wird und/oder diesen der Höhe nach übersteigt.
- 2.3 Eine beim Vorversicherer bestehende Selbstbeteiligung wird nicht vom Sofort-Schutz erfasst.
- 2.4 Eine Aufhebung der bestehenden Vorversicherung oder eine Minderung ihres Leistungsumfanges nach Beantragung dieses Vertrags bewirkt vorbehaltlich der Regelung in Ziffer 4 keine Erhöhung des Sofort-Schutzes dieses Vertrags.
- 2.5 Eine Leistung im Rahmen des Sofort-Schutzes kann insoweit nicht beansprucht werden, als der Vorversicherer wegen Pflicht- (z. B. Beitragsverzug) bzw. Obliegenheitsverletzungen von der Verpflichtung zur Leistung frei ist.

3 Obliegenheiten

Sie sind verpflichtet, auf Anforderung alle Unterlagen und Nachträge zur bestehenden Vorversicherung einzureichen.

Dazu gehören im Versicherungsfall auch die Schadenabrechnungen des Vorversicherers.

Änderungen der Vorversicherung, die nach der Beantragung dieses Vertrags vorgenommen werden, sind uns unverzüglich anzuzeigen.

4 Ende

Der Sofort-Schutz endet vereinbarungsgemäß zum nächstmöglichen Ablauf des Vorvertrags, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren ab Beginn dieses Vertrags.

Wird die Vorversicherung vor dem für das Ende des Sofort-Schutzes vereinbarten Zeitpunkt beendet, ist dies uns unverzüglich anzuzeigen. In diesem Fall endet der Sofort-Schutz mit dem Ende der Vorversicherung.

Mit Ende des Sofort-Schutzes beginnt der vereinbarte Versicherungsschutz.

Ein für das Bestehen der Vorversicherung gewährter Beitragsrabbatt entfällt ab diesem Zeitpunkt.