

Kundeninformation zur Unfallversicherung

1.17

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
bitte nehmen Sie diese Kundeninformation zu Ihren Unterlagen. Sie enthält ebenso wie der Versicherungsschein alles Wichtige zu Ihrem Vertrag. Geben Sie bitte bei allen Anfragen sowie bei jedem Schriftwechsel Ihre Versicherungsnummer zur Unfallversicherung an. Sie finden diese auf dem Versicherungsschein.

Wichtige Informationen

1. Allgemeine Informationen zum Unternehmen

Name des Unternehmens: HDI Versicherung Aktiengesellschaft

Sitz: HDI-Platz 1, 30659 Hannover

Handelsregister: Hannover HRB 58934

Die HDI Versicherung AG unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn (Registernummer: VU-Nr. 5085).

Hauptgeschäftstätigkeit des Unternehmens ist im In- und Ausland der Betrieb aller Versicherungsweige der Schaden- und Unfallversicherung, außer Schienenfahrzeug-Kasko und Transportgüter sowie zusätzlich Beistandsleistungen.

2. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Grundlage des Versicherungsverhältnisses sind

- die „Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016)“,
- die vereinbarten Pakete und Klauseln.

Sie finden diese auf den nächsten Seiten dieser Kundeninformation.

Die Unfallversicherung schützt Sie vor den finanziellen Folgen nach einem Unfall, der der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Hierfür leisten wir für versicherte Leistungsarten, wie z. B. Invalidität, Tod, Krankenhaustagegeld etc. Der genaue Umfang der Versicherung und die Versicherungssumme ergeben sich aus den Angaben im Versicherungsschein.

3. Beitrag und Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags

Der Beitrag berechnet sich nach der Versicherungssumme der versicherten Leistungsart unter Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit, der Art der Unfallversicherung (Einzel- oder Familien-Unfallversicherung) sowie des Umfangs.

Es handelt sich grundsätzlich um Jahresbeiträge. Eine unterjährige Zahlungsweise (halbjährlich, vierteljährlich, monatlich) können Sie beantragen.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von zwei Wochen erfolgt. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Der Folgebeitrag ist jeweils zum vereinbarten Zeitpunkt fällig.

4. Gebühren und Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten für die Antragsbearbeitung werden nicht erhoben. Vermittler sind nicht berechtigt, von Ihnen irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags zu erheben.

5. Zustandekommen des Vertrags

Der Abschluss eines Versicherungsvertrags setzt zwei übereinstimmende Willenserklärungen voraus. Der Versicherungsvertrag kommt somit durch Ihren Antrag und die Übersendung des Versicherungsscheins oder durch Annahmeerklärung durch uns wirksam zustande, sofern Sie Ihre bereits abgegebene Vertragserklärung (beispielsweise in Form des unterschriebenen Versicherungsantrags) nicht wirksam widerrufen (Einzelheiten zum Widerrufsrecht siehe unter 6.). Der Versicherungsschutz beginnt dann zum beantragten Zeitpunkt, es sei denn, wir weisen im Versicherungsschein einen abweichenden Versicherungsbeginn aus. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten oder

einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlen.

Wenn Sie den Antrag ausfüllen und nicht unterschreiben, gilt dieser als Probeantrag und wir berechnen Ihnen gern ein individuelles Angebot.

6. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover
oder per Fax: HDI Versicherung AG, (0511) 645-4545
oder per E-Mail: info@hdi.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/360 der gemäß Antrag oder Versicherungsschein ausgewiesenen Tarif-Jahresprämie pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

7. Laufzeit des Vertrags; Kündigungsmöglichkeiten

Der Vertrag hat eine Laufzeit von mindestens einem Jahr und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf in Textform gekündigt wird (Ziffer 10.2.2 AUB 2016). Darüber hinaus haben Sie ein außerordentliches Kündigungsrecht nach einem Versicherungsfall (Ziffer 10.3 AUB 2016).

8. Anwendbares Recht, Sprache und zuständiges Gericht

Dem Vertrag liegt deutsches Recht zugrunde. Auf den Vertrag einschließlich aller Vorabinformationen und Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags findet allein die deutsche Sprache Anwendung. Für Klagen gegen den Versicherer oder Versicherungsvermittler aus dem Versicherungsvertrag oder

der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung (ZPO) auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen den Versicherungsnehmer ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

9. Aufsichtsbehörde / Außergerichtliche Beschwerdestelle

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich jederzeit an uns oder die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Unser Unternehmen ist zudem Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin;
Tel.: 0800 3696000, Fax: 0800 3699000;
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Er überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Das Verfahren ist für Sie als Verbraucher kostenlos. Sie tragen nur eigene Kosten wie beispielsweise für Porto und Telefongespräche. Sie brauchen die Entscheidung des Ombudsmanns, egal wie sie ausfällt, nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Sofern der Ombudsmann die Beschwerde zu Ihren Gunsten entscheidet, muss sich der Versicherer bis zu einem Betrag von 10.000 Euro daran halten.

Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (z.B. Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet (OS-Plattform). Es besteht die Möglichkeit, die OS-Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Onlinedienstleistungsverträgen zu nutzen. Als Online-Dienstleistungsvertrag gelten Dienstleistungsverträge, bei denen der Unternehmer oder der Vermittler des Unternehmers Dienstleistungen über eine Webseite oder auf anderem elektronischen Weg angeboten hat und der Verbraucher diese Dienstleistungen auf dieser Webseite oder auf anderem elektronischen Weg bestellt hat. Die OS-Plattform ist erreichbar unter dem Link <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Er-

klären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Erklärung zum Datenschutz (Einwilligungsklausel)

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die HDI Versicherung AG [nachfolgend auch der Versicherer], insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (Vgl. dazu Ziffer II.).

Einen weitergehenden Schutz genießen **besondere personenbezogene Daten** (wie z. B. Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben.

Die Einwilligung ist ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirkt unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollte die Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HDI Versicherung AG;
 - b) **zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;**
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, nach dem ich bei Antragstellung befragt wurde;
- zur Führung von gemeinschaftlichen Datensammlungen der HDI Versicherungsunternehmen (zu denen auch die Talanx Gesellschaften zählen, die im Internet unter www.talanx.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb des Talanx-Konzerns, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z.B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleistungsgesellschaften werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleistungsgesellschaften sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten. Derzeit hat unsere Gesellschaft die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung der HDI Kundenservice AG übertragen;
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank der Unterneh-

men des Talanx-Konzerns sowie durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems (HIS) der Versicherungswirtschaft, das von der informa HIS GmbH betrieben wird. Die HDI Versicherung AG meldet – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

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

Im Leistungsfall kann es für eine genauere Prüfung erforderlich sein, mit anderen Versicherungsunternehmen personenbezogene Daten auszutauschen.

- zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch die HDI Versicherungsunternehmen oder andere Unternehmen des Talanx-Konzerns oder den für mich zuständigen Vermittler.

III. Erklärungen zur Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es zudem erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Sofern Sie hierfür im Bedarfsfall bestimmte Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinden müssen, werden wir Sie informieren und Ihre entsprechende Erklärung einholen.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige hiermit ein, dass die von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleistungsgesellschaften), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Beratung und Information gemäß Ziffer II (Kasten) verwendet werden dürfen.

Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information im Sinne von Ziffer II (Kasten) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde die HDI Versicherungsunternehmen sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der vorgenannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

V. Rechts-, Widerrufs- und Widerspruchsbelehrung

Ich kann meine Einwilligung zur Datenverarbeitung und -nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover oder per E-Mail: info@hdi.de, widerrufen.

Meiner Einwilligung zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung sowie der postalischen Zusendung von Produktinformationen kann ich jederzeit bei der HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover oder per E-Mail: info@hdi.de widersprechen.

Zusammenfassung des möglichen Versicherungsumfangs

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) zugrunde. Dazu gehören unter anderem:

Paket Basis	versichert
Gase, Dämpfe und Säuren	✓
Rettung von Menschen, Tieren und Sachen	✓
Ertrinken, Ersticken und Erfrieren	✓
Kurbeihilfe	1.000 Euro
Helmklausel	✓
Verlängerte Frist zu Eintritt, Geltendmachung und ärztlicher Feststellung der Invalidität	18 Monate
Verschollenheit	✓
Einschluss bestimmter Bewusstseinsstörungen	✓
Übermüdung	✓
Innere Unruhen / gewalttätige Auseinandersetzungen	✓
Fahrt- und Motorsportveranstaltungen	✓
Strahlenunfälle	✓
Insektenstiche	✓
Versehensklausel	✓
Keine Obliegenheitsverletzung bei verspäteter Hinzuziehung eines Arztes	✓
Erweiterte Meldepflicht bei Unfällen mit Todesfolge	7 Tage
Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder bei Adoption (bis 14 Jahre)	12 Monate
Bergungskosten	bis 5.000 Euro
Spezielle Leistungserweiterungen für Kinder:	
■ Rooming-In Leistung	30 Euro / Tag, max. 100 Übernachtungen
■ Einschluss sonstiger Vergiftungen	bei Kindern (bis 14 Jahre)

Paket Leistung Plus	
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	10 % Inv-Summe, max. 20.000 Euro und/oder 3 Monatsrenten, max. 5.000 Euro
Erhöhung Kurbeihilfe	3.000 Euro
Kosmetische Operationskosten auch bei krebsbedingter Brust-OP	bis 30.000 Euro
Kosmetische Behandlungen nach einem Unfall oder versicherter krebsbedingter Operation	bis 2.000 Euro
Erhöhung Mitwirkungsanteil	40 %
Rooming-In für den Partner (Ehepartner oder Partner in häuslicher eheähnlicher Gemeinschaft)	30 Euro / Tag, max. 100 Übernachtungen
Verbesserte Gliedertaxe	✓
Erhöhung Bergungskosten	bis 30.000 Euro
Spezielle Leistungserweiterungen für Kinder:	
■ Schulwegunfall	✓

Paket Risiko Plus	
Unfallunabhängiger Oberschenkelhalsbruch (ab dem 50. Lebensjahr)	2.000 Euro; zus. 8.000 Euro ab 30% Invalidität
Tauchunfälle inkl. Druckkammerbehandlungskosten, weltweit	im Rahmen der Bergungskosten
Bestimmte Krebserkrankungen	20 % Inv-Summe, max. 15.000 Euro oder 5 Monatsrenten, max. 7.500 Euro
Schäden durch Sonnenbrand / Sonnenstich	✓
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	✓
Kraftanstrengungen	✓
Bauch- und Unterleibsbrüche	✓
Kostenübernahme Haushaltshilfe oder Tagesmutter	bis 30 Euro / Tag, max. 100 Tage
Schlaganfall / Herzinfarkt	✓
Erweiterung der Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen	✓
Fahren ohne Führerschein (Kinder und Entmündigte)	✓
Erweiterter Versicherungsschutz bei Ausbruch eines Krieges / Bürgerkrieges	bis 21 Tage
Medizinische Maßnahmen: Pedi-, Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut	✓
Erweiterter Einschluss von Infektionen	✓
Lebensmittelvergiftungen	✓
Psychische und nervöse Störungen	✓
Spezielle Leistungserweiterungen für Kinder:	
■ Nachhilfekosten	30 Euro / Tag, max. 100 Tage
■ Doppelte Todesfallleistung bei Tod der Eltern	✓

Paket Tagegeld	
Verlängerung Leistungsdauer Tagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt	✓
Keine Nachteile bei Berufsausübung nach einem Unfall	✓
Krankhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung im Reha-Zentrum	✓
Krankhaustagegeld auch bei Notfalleinweisung in gemischte Institute	✓
Verlängerung Leistungsdauer Krankhaustagegeld	bis 3 Jahre
Verdopplung Krankhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalt im Ausland	✓
Verlängerung Leistungsdauer Genesungsgeld	✓
Komageld	bis 1 Jahr (100 Euro / Woche)

Paket Schutzbrief	
Kosten für medizinische Hilfsmittel *	bis 3.000 Euro
Kosten für Taxifahrten / Transporte im Krankenwagen *	bis 250 Euro
Kosten für behindertengerechte Umbauten ab 40 % Invalidität *	bis 25.000 Euro
Reha-Beratung durch Spezialisten	✓
Kostenübernahme ambulante Reha-Maßnahmen *	bis 5.000 Euro
Hilfeleistungen / Pflege (max. für 6 Monate ab Inanspruchnahme)	bis 10.000 Euro
Inhalt:	
■ Erstgespräch zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	✓
■ Menüservice / Mitversorgung des Partners und im Haushalt lebender minderjähriger Kinder	✓
■ Hausnotrufanlage	✓
■ Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen	✓
■ Besorgung der Einkäufe	✓
■ Reinigung der Wohnung	✓
■ Versorgung der Wäsche	✓
■ Ambulante (häusliche) Pflege	✓
■ Pflegeschulung für Angehörige	✓
■ Vermittlung / Kostenübernahme einer Haustierbetreuung	✓

Paket Rundum Sorglos	
Eigenbewegung	✓
Erbblindung	✓ 5.000 Euro
Verlängerte Frist zur Geltendmachung Invalidität	24 Monate
Serviceleistungen im In- und Ausland	Im Rahmen der Bergungskosten
Erhöhung Mitwirkungsanteil	50%
Sonderregelung bei Berufsänderung	✓
Verdienstaufall	✓
Erweiterte Vorsorgedeckung für Kinder / Adoptivkinder (bis 14 Jahre)	12 Monate
Vorsorgedeckung für Partner	bis zu 12 Monate
Beitragsbefreiung für mitversicherte Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers	✓ bis 55 Jahre
Erhöhung Bergungskosten	100.000 €
Garantierter GDV-Standard	✓
Differenzdeckungsgarantie	✓
Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit / Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers für max. 12 Monate (für die gesamte Privatschutz-Police)	✓ wenn für alle versicherten Personen Rundum Sorglos vereinbart ist
Inklusive Leistungsinhalte der Pakete	
■ Leistung Plus	✓
■ Risiko Plus	✓

✓ = versichert * = subsidiär

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016)

U 4000:03

1.17

Inhalt	Seite		Seite
Der Versicherungsumfang	7	Die Versicherungsdauer	12
1 Was ist versichert?	7	10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	12
1.1 Grundsatz	7	10.1 Beginn des Versicherungsschutzes	12
1.2 Geltungsbereich	7	10.2 Dauer und Ende des Vertrags	12
1.3 Unfallbegriff	7	10.3 Kündigung nach Versicherungsfall	12
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	7	10.4 Versicherungsjahr	12
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	8		
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	8	Der Versicherungsbeitrag	12
2.1 Invaliditätsleistung	8	11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	12
2.2 Unfallrente	9	11.1 Beitrag und Versicherungssteuer	12
2.3 Übergangsleistung	9	11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	13
2.4 Tagegeld	9	11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	13
2.5 Krankenhaustagegeld	9	11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	13
2.6 Todesfallleistung	9	11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	13
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	9	11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	13
2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	10		
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	10	Weitere Bestimmungen	13
3.1 Krankheiten und Gebrechen	10	12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	13
3.2 Mitwirkung	10	12.1 Fremdversicherung	13
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	10	12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	13
5 Was ist nicht versichert?	10	12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	13
5.1 Ausgeschlossene Unfälle	10	13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	13
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	10	13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	13
6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	11	13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	13
6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs	11	13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	14
6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	11	13.4 Anfechtung	14
6.3 Umstellung des Tarifes bei Vollendung des 67. Lebensjahres	11	13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	14
		14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	14
Der Leistungsfall	11	14.1 Gesetzliche Verjährung	14
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	11	14.2 Aussetzung der Verjährung	14
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	11	15 Welches Gericht ist zuständig?	14
9 Wann sind die Leistungen fällig?	12	16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	14
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht	12	17 Welches Recht findet Anwendung?	14
9.2 Fälligkeit der Leistung	12		
9.3 Vorschüsse	12		
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	12		

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.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus 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.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

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

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

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

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

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

2.2.4 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarte Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

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

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

2.3.1.2 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 3 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 3 Monaten ausgehen.

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung

- gem. Ziffer 2.3.1.1 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- gem. Ziffer 2.3.1.2 in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.3.1.1 angerechnet.

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

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

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Ein individuell vereinbarter Selbstbehalt in der Privaten Krankenversicherung verpflichtet nicht zur Leistung.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte kosmetische Operationskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.7.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarte Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,

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. Ein individuell vereinbarter Selbstbehalt in der Privaten Krankenversicherung verpflichtet nicht zur Leistung.

Wir leisten auch für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

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

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarte Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

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

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert ist, wer pflegebedürftig im Sinne der Pflegegrade 3, 4 oder 5 des SGB XI ist.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1. nicht mehr versicherbar ist.

4.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten 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 Unfälle der versicherten Person

■ als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

■ als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

■ bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (Klausel U 4001:03).

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

6.3 Umstellung des Tarifes bei Vollendung des 67. Lebensjahres

6.3. Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf einen anderen Tarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

Der Leistungsfall

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

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

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

7.1

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

7.2

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

7.3

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

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

7.4

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.5

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

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 4 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei 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 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 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

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

11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und

- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

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

14.2 Aussetzung der Verjährung

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

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1

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.

15.2

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

16.1

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die für Sie zuständige Stelle. Welche Stelle dies ist, ergibt sich aus Ihren Versicherungsunterlagen.

16.2

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.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Anlage zu Ziffer 6.2 AUB 2016 – Berufsgruppenverzeichnis U 4001:03

Zu unterscheiden sind die Gefahrengruppen A und B sowie nicht versicherbare Berufe. Wir führen ein Berufsverzeichnis, in dem alle bekannten Berufe eindeutig einer Gefahrengruppe gemäß der aufgeführten Definition zugeordnet sind. Werden planmäßig oder regelmäßig, also nicht nur ausnahmsweise, auch Tätigkeiten nach Gefahrengruppe B ausgeübt, erfolgt eine Zuordnung in die Gefahrengruppe B.

Wichtiger Hinweis: Die in dieser Anlage zur Verfügung gestellte beispielhafte Auflistung von Berufen unter Gefahrengruppe A und B dient lediglich der Ver-

anschaulichung und ist nicht vollständig. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob der Beruf der versicherten Person der Gefahrengruppe A oder B zuzuordnen ist oder als nicht versicherbar ausgewiesen ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir erteilen Ihnen anhand des vollständigen Berufsverzeichnisses verbindlich Auskunft darüber, in welche Gefahrengruppe der infrage stehende Beruf einzuordnen ist bzw. ob Versicherungsschutz gewährt werden kann.

Gefahrengruppe A

Unter Gefahrengruppe A fallen alle Berufe mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst sowie leitender oder Aufsichtsführender Tätigkeit im Betrieb.

Beispiele:

- Architekten, z. B. Innen-, Garten-, Landschaftsarchitekten
- Archivare, Bibliothekare
- Ärzte (Humanmedizin)
- Assistenten, z. B. Direktions-, Diät-, Pädagogische, Wissenschaftliche, Medizinisch-technische Assistenten
- Berater, z. B. Vertriebs-, Verkaufs-, Vermögens-, Personal-, Pharma-, Ernährungs-, Berufs-, Energieberater
- Betriebswirte
- Büroangestellte
- Dolmetscher, Übersetzer
- EDV-Fachleute, z. B. Programmierer, Informatiker
- Erzieher
- Uhrmacher, Feinmechaniker
- Fotografen, Kameralleute
- Fotomodelle, Mannequins
- Handelskaufleute, z. B. Einzel-, Großhandelskaufleute
- Ingenieure, z. B. Bau-, Maschinenbau-, Schiffs-, Versorgungs-, Textil-, Druckerei-, Vermessung-, Chemieingenieure
- Journalisten, Schriftsteller
- Kaufmann, Kauffrau, z. B. Bank-, Automobil-, Reedereikaufleute
- Krankenschwestern, -pfleger (Gemeindeschwestern)
- Laboranten, z. B. Chemie-, Biologie-, Geologie-, Foto-, Lacklaboranten
- Lehrer
- Leiter, z. B. Abteilungs-, Vertriebs-, Kundendienstleiter
- Marketingfachleute, Unternehmensberater, Treuhänder, Pressesprecher
- Rechtsvertreter, Notare
- Rentner, Pensionäre
- Sanitäter
- Spediteure
- Steuerberater, -bevollmächtigte, -gehilfen, Revisoren, Controller
- Techniker, z. B. Zahn-, Elektronik-, Vermessungs-, Lebensmittel-, Umweltschutztechniker
- Technische Zeichner, z. B. CAD-, Konstruktions-, Vermessungs-, Bauzeichner, Kartografen
- Theologen
- Therapeuten
- Verwalter in der Landwirtschaft und Tierzucht
- Wissenschaftler

Gefahrengruppe B

Unter Gefahrengruppe B fallen alle Berufe mit körperlicher oder handwerklicher Tätigkeit sowie Berufe mit einer Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen.

Beispiele:

- Ärzte (Veterinärmedizin)
- Bäcker, Konditoren, Pâtisseries
- Berufskraftfahrer
- Bundeswehrangehörige
- Dekorateur, Raumausstatter
- Drucker, z. B. Buch-, Rotations-, Offsetdrucker
- Elektriker
- Fleischer, Schlachter, Metzger
- Forstmitarbeiter
- Klempner, Installateure
- Köche, Küchenhilfen, Beiköche
- Lageristen
- Landwirte, Weinbauer
- Maler, Lackierer, Anstreicher
- Maschinisten, Maschinenführer
- Maurer, Poliere
- Mechaniker
- Mechatroniker
- Montierer, Monteure, z. B. Elektro-, Heizungs-, Aufzugs-, Trockenbau- und Fernmeldemonteure
- Pharmakanten, Chemikanten
- Schiffskapitäne, -steuerleute, z. B. in der Binnen-, Küstenschifffahrt
- Schlosser, z. B. Bau-, Modell-, Maschinen-, Kunst-, Hydraulikschlosser
- Sicherheitsbedienstete
- Sportlehrer, -trainer
- Tanzlehrer
- Techniker, z. B. Agrar-, Gartenbau-, Pyro-, Maschinenbau-, Elektro-, Bau-, Bergbau-, Fertigungs-, Klimatechniker
- Tischler, Schreiner, Drechsler
- Zimmerer, Dachdecker

Nicht versicherbare Berufe

Artisten (ausgenommen Bodenakrobaten, Clowns und Jongleure); Bergführer; Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler; Berufstaucher (ausgenommen Tauchlehrer); polizeiliche o. militärische Spezialeinheiten; Bewachungspersonal im Personenschutz; Dompteure; Munitionssucher, Munitionsräumer, Minensucher und Minenräumer; Renn-/Testfahrer; Renn- oder Springreiter; Sprengpersonal; Stuntmen; Testpiloten/Luftartisten.

Paket Basis

U 4800:01

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Versicherungsschutz bei Gasen, Dämpfen und Säuren 2 Gesundheitsschädigungen durch Rettungsmaßnahmen 3 Ertrinkungs-, Erstickungs- und Erfrierungstod 4 Zusätzliche Kurbeihilfe 5 Helmklause 6 Verlängerte Frist zur Geltendmachung der Invalidität 7 Verschollenheit 8 Einschluss bestimmter Bewusstseinsstörungen 9 Übermüdung 10 Versicherungsschutz bei inneren Unruhen/gewalttätigen Auseinandersetzungen | <ol style="list-style-type: none"> 11 Fahrt- und Motorsportveranstaltungen 12 Versicherungsschutz bei Strahlenunfällen 13 Insektenstiche 14 Versehensklause 15 Keine Obliegenheitsverletzung bei verspäteter Hinzuziehung eines Arztes 16 Erweiterte Meldepflicht bei Unfällen mit Todesfolge 17 Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder bei Adoption 18 Rooming-In-Leistung für Kinder |
|---|---|

1 Versicherungsschutz bei Gasen, Dämpfen und Säuren (zu Ziffer 1.3 AUB 2016)

Als Unfall gilt auch das unfreiwillige Einwirken von Gasen, Dämpfen oder Säuren, soweit es sich um die Folgen eines einzelnen, vom alltäglichen Geschehen abweichenden, unerwartet eintretenden Ereignisses handelt. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerkrankheiten), insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien.

2 Gesundheitsschädigungen durch Rettungsmaßnahmen (zu Ziffer 1.3 AUB 2016)

Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird wie folgt ergänzt: Als unfreiwillig erlitten gelten auch Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Tieren und/oder Sachen von erheblichem Wert erleidet.

3 Ertrinkungs-, Erstickungs- und Erfrierungstod (zu Ziffer 1.3. AUB 2016)

Als Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2016 gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser sowie der Erfrierungstod.

4 Zusätzliche Kurbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird entsprechend der nachfolgenden Regelung erweitert:

- 1 Voraussetzung für die Leistung
 - 1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2016 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige, stationäre Kur durchgeführt, welche durch einen Sozialleistungsträger getragen oder bezuschusst wird.
Die medizinische Notwendigkeit der Kurmaßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
 - 1.2 Als Kurmaßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, insbesondere nicht die Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme.
 - 2 Höhe der Leistung
Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 1.000 Euro einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2016 berücksichtigt.
Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
 - 3 Ausschluss der Dynamik
Die Kurbeihilfesumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

5 Helmklause (zu Ziffer 2.1 AUB 2016)

Bei sportlichen Aktivitäten, wie z. B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten usw., wird bei unfallbedingten Kopfverletzungen eine um 10 % höhere Invaliditätsleistung erbracht, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter Helm getragen wurde.

6 Verlängerte Fristen zur Geltendmachung, Eintritt und ärztlicher Feststellung der Invalidität (zu Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 AUB 2016)

Die in Ziffer 2.1.1.2 AUB 2016 genannten Frist für den Eintritt sowie der ärztlichen Feststellung der Invalidität wird von 15 auf 18 Monate erweitert.
Die in Ziffer 2.1.1.3 AUB 2016 genannte Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird von 15 auf 18 Monate erweitert.

7 Verschollenheit (zu Ziffer 2.6 AUB 2016)

Ist die versicherte Person bei einer Fahrt auf See, bei einem Fluge oder unter sonstigen Umständen verschollen, zahlen wir unter folgenden Voraussetzungen die vereinbarte Todesfallsumme:

- Aufgrund der Umstände ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von einem Unfallereignis auszugehen.
- Der/die Verschollene wurde von einem deutschen Gericht im Aufgebotsverfahren für tot erklärt.
- Der in der amtlichen Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes fällt in die Wirksamkeit des Vertrages.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- in einem Kriegs- oder Krisengebiet und/oder
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit verschollen ist.

Die Todesfallleistung ist zurückzuzahlen, wenn die versicherte Person die Todeserklärung überlebt.

8 Einschluss bestimmter Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2016)

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2016 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum oder Einnahme von ärztlich verordneten Medikamente verursacht sind, versichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Fahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles nicht über der durch höchstrichterliche Rechtsprechung für die Fahrunfähigkeit festgelegten Grenze lag.

9 Übermüdung (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2016)

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörung angesehen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt jedoch vor, wenn der Unfall durch einen auf einer Erkrankung beruhenden Sekundenschlaf oder das Einschlafen durch Alkoholkonsum hervorgerufen oder gefördert wurde.

10 Versicherungsschutz bei inneren Unruhen/gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 5.1.3 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 5.1.3 AUB 2016 sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen versichert, wenn der Versicherte nicht an den Gewalttätigkeiten aktiv teilgenommen hat oder wenn er zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht aufseiten der Unruhestifter.

11 Fahrt- und Motorsportveranstaltungen (zu Ziffer 5.1.5 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 5.1.5 AUB 2016 besteht Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Fahr- oder Motorsportveranstaltungen, bei denen es ausschließlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z.B. Stern-, Zuverlässigkeits oder Orientierungsfahrten).

Mitversichert sind ebenfalls Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie gelegentlich als Fahrer eines Karts an Fahrtveranstaltungen teilnimmt. Hierbei handelt es sich um Fahrten im Rahmen der Freizeitgestaltung, ohne dass eine Regelmäßigkeit gegeben ist.

12 Versicherungsschutz bei Strahlenunfällen (zu Ziffer 5.2.2 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2016 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

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

13 Insektenstiche (zu Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB 2016)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 sowie in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB 2016 sind die Folgen von Insektenstichen ebenfalls als Unfallfolge (z.B. allergische Reaktionen) anzusehen. Ausgeschlossen bleiben übertragene Infektionskrankheiten (z. B. Malaria, Borreliose, FSME – etc.).

14 Versehensklausel (zu Ziffer 7 AUB 2016)

Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen ein Zuschlagsbeitrag zu entrichten ist, so muss dieser rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, zu dem dieser Umstand eingetreten ist.

Die in den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 195, 199 BGB) festgelegte Verjährungsfrist wird durch die vorstehende Versehensklausel nicht berührt.

15 Keine Obliegenheitsverletzung bei verspäteter Hinzuziehung eines Arztes (zu Ziffer 7.1 AUB 2016)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

16 Erweiterte Meldepflicht bei Unfällen mit Todesfolge (zu Ziffer 7.5 AUB 2016)

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, die Erben oder bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod des Versicherten haben und wird auf 7 Tage erweitert.

17 Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder bei Adoption (zu Ziffer 10.1 und Ziffer 10.2 AUB 2016)

Falls Sie während der Laufzeit des Vertrages ein Kind bekommen oder adoptieren, ist das Kind ab dem Zeitpunkt der vollendeten Geburt bzw. ab dem Tag der Adoption im Rahmen dieses Vertrages für die Dauer von einem Jahr mit folgenden Leistungen beitragsfrei mitversichert:

25.000 Euro für den Invaliditätsfall,

5.000 Euro für den Todesfall.

Die Dauer der beitragsfreien Mitversicherung beträgt 1 Jahr ab dem Tag der Geburt. Bei Adoption eines Kindes (bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) besteht die Mitversicherung mit den genannten Summen für ein Jahr ab dem Tag der Adoption. Wird das Kind innerhalb des ersten Jahres auf Antrag des Versicherungsnehmers beitragspflichtig versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge, über die Neugeborene oder Adoptivkinder versichert sind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

18 Rooming-in-Leistung für Kinder (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2016 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 100 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenschutz in Höhe von 30 Euro gezahlt.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Dyn – %-Satz)

U 4004:03

10.16

- 1 Die Versicherungssummen werden jährlich um den im Versicherungsschein/Nachtrag genannten Prozentsatz erhöht. Die jeweiligen Erhöhungen erfolgen erstmalig zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 Euro
 - für Übergangsleistung und Heilkosten auf volle 100 Euro
 - für die Todesfallsumme bei Kindern auf volle 50 Euro.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine Mitteilung in Textform über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung in Textform widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen. Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- 6 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages kündigen. Die Kündigung muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Außerberufliche Unfälle

U 4005:03

10.16

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) bieten wir in Einschränkung von Ziffer 1.1 und 1.2 AUB 2016 Versicherungsschutz ausschließlich für Unfälle, die sich nicht im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit ereignen (außerberufliche Unfälle).

Ziffer 6.2 AUB 2016 gilt als gestrichen.

1 Voraussetzungen für die Leistungen:

1.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist

- gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
- nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle

versichert.

1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags nach dem dann gültigen Tarif unter Berücksichtigung der ausgeübten Berufstätigkeit zum bisherigen Beitrag.

Besondere Bedingungen für den Eintritt der Invalidität U 4022:03

10.16

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2 AUB 2016 wird eine Invaliditätsschädigung nur dann gezahlt, wenn der festgestellte unfallbedingte Invaliditätsgrad 20% und mehr beträgt.

Eine Invaliditätsleistung für den Bereich unter 20% erfolgt nicht.

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

Besondere Bedingungen für die Mehrleistung bei schweren Invaliditätsfällen

U 4801:02

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 75 %, leisten wir für jedes übersteigende Prozent des Invaliditätsgrades zusätzlich 4 % aus der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200.000 Euro.

Bestehen für eine versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so wird die Mehrleistung für alle Verträge zusammen auf 200.000 Euro begrenzt.

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

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
1-75	1-75	85	125	95	175
76	80	86	130	96	180
77	85	87	135	97	185
78	90	88	140	98	190
79	95	89	145	99	195
80	100	90	150	100	200
81	105	91	155		
82	110	92	160		
83	115	93	165		
84	120	94	170		

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 200 U 4802:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
1-25	1-25	51	77	77	131
26	27	52	79	78	134
27	29	53	81	79	137
28	31	54	83	80	140
29	33	55	85	81	143
30	35	56	87	82	146
31	37	57	89	83	149
32	39	58	91	84	152
33	41	59	93	85	155
34	43	60	95	86	158
35	45	61	97	87	161
36	47	62	99	88	164
37	49	63	101	89	167
38	51	64	103	90	170
39	53	65	105	91	173
40	55	66	107	92	176
41	57	67	109	93	179
42	59	68	111	94	182
43	61	69	113	95	185
44	63	70	115	96	188
45	65	71	117	97	191
46	67	72	119	98	194
47	69	73	121	99	197
48	71	74	123	100	200
49	73	75	125		
50	75	76	128		

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 225 U 4803:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

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

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 300 U 4804:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

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

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 350 U 4805:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

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

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

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 500 U 4806:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.

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

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

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Prog 1000 U 4807:01

10.16

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.
- 3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 14 % aus der Versicherungssumme.

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

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
1-25	1-25	51	160	77	448
26	30	52	170	78	472
27	35	53	180	79	496
28	40	54	190	80	520
29	45	55	200	81	544
30	50	56	210	82	568
31	55	57	220	83	592
32	60	58	230	84	616
33	65	59	240	85	640
34	70	60	250	86	664
35	75	61	260	87	688
36	80	62	270	88	712
37	85	63	280	89	736
38	90	64	290	90	760
39	95	65	300	91	784
40	100	66	310	92	808
41	105	67	320	93	832
42	110	68	330	94	856
43	115	69	340	95	880
44	120	70	350	96	904
45	125	71	360	97	928
46	130	72	370	98	952
47	135	73	380	99	976
48	140	74	390	100	1000
49	145	75	400		
50	150	76	424		

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei Invaliditätsgraden über 25 % und zusätzlicher Unfall-Rente (5‰) ab mindestens 50 % Invalidität U 4808:01

10.16

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt

1 Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1.1 Bis zu einem Invaliditätsgrad von 50 % erfolgt die Invaliditätsentschädigung nach dem festgestellten Invaliditätsgrad aus der vereinbarten Versicherungssumme. Darüber hinaus gilt Folgendes:
- 1.2 Für Invaliditätsgrade über 25 % bis 50 % werden je Invaliditätsgrad zusätzlich 2 %-Punkte aus der vereinbarten Grundversicherungssumme geleistet. Ab einem Invaliditätsgrad von 50 % und mehr wird demzufolge – unabhängig vom Invaliditätsgrad – die volle für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme als Kapitalentschädigung gezahlt.
- 2 Ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % wird zusätzlich – unabhängig vom Lebensalter des Versicherten – eine monatliche Unfallrente in Höhe von 5 ‰ der zum Zeitpunkt des Unfalles für den Invaliditätsfall vereinbarten Grundversicherungssumme gezahlt.
- 2.1 Dieser Invaliditätsgrad kann gemäß Ziffer 9.4 AUB 2015 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

2.2 Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Für die Unfall-Rente findet Ziffer 3 AUB 2016 keine Anwendung.

2.3 Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

2.3.1 der Versicherte stirbt.

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

2.3.2 wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 2.1 dieser Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei Invaliditätsgraden über 25 % und zusätzlicher Unfall-Rente (10%) ab mindestens 50 % Invalidität U 4809:01

10.16

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

1 Ziffer 2.1 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

- 1.1 Bis zu einem Invaliditätsgrad von 50 % erfolgt die Invaliditätsentschädigung nach dem festgestellten Invaliditätsgrad aus der vereinbarten Versicherungssumme. Darüber hinaus gilt Folgendes:
- 1.2 Für Invaliditätsgrade über 25 % bis 50 % werden je Invaliditätsgrad zusätzlich 2 % Punkte aus der vereinbarten Grundversicherungssumme geleistet. Ab einem Invaliditätsgrad von 50 % und mehr wird demzufolge – unabhängig vom Invaliditätsgrad – die volle für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme als Kapitalschädigung gezahlt.
- 2 Ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % wird zusätzlich – unabhängig vom Lebensalter des Versicherten – eine monatliche Unfallrente in Höhe von 10 % der zum Zeitpunkt des Unfalles für den Invaliditätsfall vereinbarten Grundversicherungssumme gezahlt.
- 2.1 Dieser Invaliditätsgrad kann gemäß Ziffer 9.4 AUB 2015 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

2.2 Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Für die Unfall-Rente findet Ziffer 3 AUB 2016 keine Anwendung.

2.3 Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

2.3.1 der Versicherte stirbt.

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

2.3.2 wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 2.1 dieser Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallrente ab 50 % mit Hinterbliebenenversorgung

U 4810:01

10.16

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2 Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt.

1 Ziffer 2.2 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

Bei Tod des Rentenempfängers – unabhängig von der Todesursache – erhält der hinterbliebene Partner (Ehepartner/eingetragene Lebenspartner) für die Dauer von 5 Jahren eine Hinterbliebenenrente in Höhe von 60 % der nach Ziffer 2.2 AUB 2016 fälligen Rentenleistung.

2 Darüber hinaus leisten wir eine zusätzliche Waisenrente für erbberechtigte Kinder (leibliche Kinder/Adoptivkinder) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Rentenhöhe beträgt je Kind 20 % der nach Ziffer 2.2 AUB 2016 fälligen Rentenleistung. Bei mehreren Kindern werden jedoch insgesamt höchstens 40 % der nach Ziffer 2.2 AUB 2016 fälligen Rentenleistung gezahlt.

3 Sofern der hinterbliebene Partner (Ehepartner/eingetragene Lebenspartner) innerhalb der Rentenleistungsdauer von 5 Jahren – unabhängig von der Todesursache – versterben sollte, verdoppelt sich die Waisenrente.

4 Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Anpassung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Heilkosten U 4811:01

- 1 Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens, Kosten für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.
- 2 Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- 3 Bei gleichzeitigem Bestehen einer Einzel-Krankheitskostenversicherung und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.
- 4 Bestehen noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 5 Ausschluss der Dynamik
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für den Ausschluss von bestimmten Gesundheitsschädigungen U 4812:01

10.16

Unfallfolgen, bei denen Diabetes mitwirkt, sind in Ergänzung von Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.3 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Verschlimmerungen des Diabetes begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Einschränkung des Mitwirkungsanteils U 4813:01

10.16

Ein erhöhter Mitwirkungsanteil gemäß Ziffer 6 Paket Leistung Plus und Ziffer 5 Paket Rundum Sorglos findet keine Anwendung. Es wird gemäß Ziffer 3 AUB 2016 ein Mitwirkungsanteil von 25 % zugrunde gelegt.

Paket Leistung Plus

U 4814:01

10.16

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen 2 Zusätzliche Kurbeihilfe 3 Schulwegklausel 4 Kosmetische Operationen bei krebserkrankter Brustoperation | <ol style="list-style-type: none"> 5 Kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker 6 Erhöhung des Mitwirkungsanteils 7 Rooming-In-Leistung für den Partner |
|--|--|

1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

Der Versicherte erhält je nach vereinbarter Leistungsart eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 10 % der Grundversicherungssumme für den Invaliditätsfall (höchstens jedoch 20.000 Euro) und/oder 3 Monatsrenten einer vereinbarten Unfallrente nach Ziffer 2.2 AUB 2016 (höchstens jedoch 5.000 Euro), wenn anlässlich eines unter die Versicherung fallenden Unfalles folgende schwere Verletzungen eingetreten sind:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks oder
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand oder
 - Schädel-Hirnverletzung (Contusio/Hirnerschütterung oder Hirnblutung) oder
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche oder
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; (Sehschärfe nicht mehr als 1/20).
- Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalles nur einmal erbracht, auch wenn der Versicherte bei uns über mehrere Verträge versichert ist; sie wird nicht auf die evtl. Invaliditäts- bzw. Rentenleistung angerechnet.

Zur Geltendmachung der Sofortleistung ist spätestens zwei Monate nach Eintritt des Unfalles ein ärztliches Attest einzureichen, aus dem die erlittenen Verletzungen hervorgehen. Das Attest ist auch dann erforderlich, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde. Der Anspruch auf die Sofortleistung entfällt, wenn das Attest nicht innerhalb der vorgenannten Frist bei uns eingegangen ist oder der Versicherte innerhalb von vier Wochen, vom Unfalltag an gerechnet, stirbt.

2 Zusätzliche Kurbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird entsprechend der nachfolgenden Regelung erweitert:

- 1 Voraussetzung für die Leistung
 - 1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2016 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Kur durchgeführt, welche durch einen Sozialleistungsträger getragen oder bezuschusst wird. Die medizinische Notwendigkeit der Kurmaßnahme und der Zu-

sammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

- 1.2 Als Kurmaßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, insbesondere nicht die Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme.
- 2 Höhe der Leistung für die Kurbeihilfe
Die Kurbeihilfe wird (abweichend von Paket Basis, Ziffer 4) in Höhe von 3.000 Euro einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2016 berücksichtigt.
Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 3 Ausschluss der Dynamik
Die Versicherungssumme für Kurbeihilfe nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3 Schulwegklausel (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2016)

Bei Unfällen auf dem Schulweg (Regelunterricht an allgemeinbildenden Schulen) oder zu Kindertagesstätten wird für versicherte Kinder/Schüler vom vollendeten 3. bis 18. Lebensjahr die nach Ziffer 2.1.2 AUB 2016 ermittelte Invaliditätsleistung um 25% erhöht.

Voraussetzung für die Leistung ist eine Anerkennung als Schulwegunfall durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

4 Erweiterter Versicherungsschutz für kosmetische Operationen bei krebserkrankter Brustoperation (zu Ziffer 2.7.2 AUB 2016)

Versicherungsschutz besteht für eine kosmetische oder plastische Brustoperation, die nach einer karzinombedingten Operation durchgeführt wird.

Der Versicherungsschutz beginnt abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2016 nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die Wartezeit beginnt mit Ausfertigung des Versicherungsscheines. Karzinomerkrankungen und deren Folgeerkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben unversichert.

Die entstehenden Kosten für Arzthonorare, die kosmetische oder plastische Brustoperation und die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für kosmetische Operationen gezahlt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

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

5 Erweiterter Versicherungsschutz für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker (zu Ziffer 2.7.2 AUB 2016)

Ergänzend zu Ziffer 2.7.2 AUB 2016 leisten wir auch für kosmetische Behandlungen nach einer krebserkrankten Operation oder nach unfallbedingten Verletzungen.

Die entstehenden Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker werden bis zur Höhe von 2.000 Euro gezahlt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

6 Erhöhung des Mitwirkungsanteils (zu Ziffer 3 AUB 2016)

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2016 wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil mindestens 40 % beträgt.

7 Rooming-in-Leistung für Partner (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2016 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet der Ehepartner/eingetragene Lebenspartner oder Partner einer häuslichen eheähnlichen Gemeinschaft mit im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 100 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 30 Euro gezahlt.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (1) U 4815:01

10.16

Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird durch folgenden Text ersetzt:

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

bei Verlust

eines Armes	85 %
eines Armes oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	15 %
eines Beines über Mitte des Oberschenkels	85 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines unterhalb des Knies	75 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
eines Fußes	65 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	8 %
eines Auges	60 %
der Sprechfähigkeit	100 %

bei völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	15 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines	70 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	10 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	50 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	10 %

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

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (2) U 4816:01

10.16

Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird durch folgenden Text ersetzt:

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

bei Verlust oder bei völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	85 %	eines Fußes	65 %
eines Armes oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %	einer großen Zehe	15 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %	einer anderen Zehe	8 %
einer Hand	70 %	eines Auges	60 %
eines Daumens	30 %	des Gehörs auf einem Ohr	50 %
eines Zeigefingers	20 %	des Geruchs	20 %
eines anderen Fingers	15 %	des Geschmacks	15 %
eines Beines über Mitte des Oberschenkels	85 %	der Sprechfähigkeit	100 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %		
eines Beines unterhalb des Knies	75 %		
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %		

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

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (3) U 4817:01

10.16

Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird durch folgenden Text ersetzt:

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

bei Verlust oder bei völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	100 %	des Gehörs auf einem Ohr	50 %
eines Daumens	60 %	des Geruchs	20 %
eines Zeigefingers	30 %	des Geschmacks	15 %
eines anderen Fingers	20 %	der Sprechfähigkeit	100 %
eines Beines oder eines Fußes	100 %		
einer großen Zehe	20 %	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	
einer anderen Zehe	10 %		
eines Auges	75 %		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (Ärzte und Zahnärzte) U 4818:01

10.16

Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird durch folgenden Text ersetzt:

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität –

bei Verlust oder bei völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	100 %	des Gehörs auf einem Ohr	50 %
eines Daumens oder Zeigefingers	60 %	Sprechfähigkeit	100 %
eines anderen Fingers	20 %	Geruchsinn	15 %
eines Beines oder eines Fußes	70 %	Geschmacksinn	10 %
einer großen Zehe	15 %		
einer anderen Zehe	8 %		
eines Auges	80 %		

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

Paket Risiko Plus

U 4820:01

10.16

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Oberschenkelhalsbruch 2 Erweiterter Versicherungsschutz bei Tauchunfällen 3 Krebserkrankungen 4 Sonnenbrand oder Sonnenstich 5 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug 6 Erweiterter Versicherungsschutz bei Kraftanstrengungen 7 Mitversicherung von Bauch- und Unterleibsbrüchen 8 Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter 8 Erweiterter Versicherungsschutz bei Schlaganfällen/Herzinfarkt 10 Erweiterter Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen 11 Fahren ohne Führerschein | <ul style="list-style-type: none"> 12 Erweiterter Versicherungsschutz bei Unfällen durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse 13 Medizinische Maßnahmen: Pedi-, Maniküre sowie Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut 14 Besondere Bedingungen für den erweiterten Einschluss von Infektionen 15 Lebensmittelvergiftung 16 Folgen psychischer und nervöser Störungen <p>Spezielle Leistungserweiterungen für Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> 17 Nachhilfekosten 18 Doppelte Todesfallleistung |
|---|--|

1 Oberschenkelhalsbruch (zu Ziffer 1 und 2 AUB 2016)

Tritt bei der versicherten Person erstmalig ein Oberschenkelhalsbruch ein, ohne dass ein Ereignis nach Ziffer 1.3 AUB 2016 vorliegt, erkennen wir ein Unfallereignis an sofern die verletzte Person am Tag des Eintritts der Verletzung das 50. Lebensjahr vollendet hatte.

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ermittelt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen und besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung der Invalidität unberücksichtigt.

Wir leisten im Fall eines Oberschenkelhalsbruches einen einmaligen Kapitalbetrag von 2.000 Euro. Im Fall eines Invaliditätsgrades ab 30 % leisten wir zusätzlich einen einmaligen Kapitalbetrag von 8.000 Euro.

Diese Leistung wird pro Unfallereignis jeweils gesondert für den Bruch des Oberschenkelhalses auf der linken und/oder der rechten Seite gewährt. Ein Mehrfachbruch eines Oberschenkelhalses gilt als ein Bruch. Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2 Erweiterter Versicherungsschutz bei Tauchunfällen (zu Ziffer 1.3 AUB 2016 und Ziffer 2.8 AUB 2016)

In Abänderung der Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) und unter Erweiterung von Ziffer 2.8 AUB 2016 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Mitversichert im Rahmen der Bergungskosten ist der Mehraufwand für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden nach einem Tauchunfall der versicherten Person notwendig sind (z. B. Druckkammerbehandlungskosten).

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

3 Krebserkrankungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2016 leisten wir auch, wenn die versicherte Person aufgrund einer karzinombedingten Operation oder unfallbedingt

- a) bei Frauen
 - eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) oder
 - die Gebärmutter oder beide Eierstöcke verliert.
- b) bei Männern
 - die Prostata komplett entfernt wird oder
 - ein oder beide Hoden (inkl. Nebenhoden und Samenstrang) entfernt werden.

Die Notwendigkeit der karzinombedingten Operation ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2016.

Der Versicherungsschutz beginnt abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2016 nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die Wartezeit beginnt mit der Ausfertigung des Versicherungsscheines. Karzinomerkrankungen und deren Folgeerkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben unversichert.

Bei Verlust einer Brust oder beider Brüste (mindestens zu 2/3), der Gebärmutter, beider Eierstöcke, der Prostata oder eines/beider Hoden (inkl. Nebenhoden und Samenstrang) werden 20 % der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität (höchstens jedoch 15.000 Euro) oder 5 Monatsrenten einer vereinbarten Unfallrente nach Ziffer 2.2 AUB 2015 (höchstens jedoch 7.500 Euro) gezahlt – je nachdem, welche Leistung für die versicherte Person günstiger ist.

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

4 Sonnenbrand oder Sonnenstich (zu Ziffer 1.3 AUB 2016)

Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2016 gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

5 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2016)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2016 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.

6 Erweiterter Versicherungsschutz bei Kraftanstrengungen (zu Ziffer 1.4 AUB 2016)

In Ergänzung von Ziffer 1.4 AUB 2016 fallen auch durch Kraftanstrengungen hervorgerufene Verrenkungen von Gelenken sowie Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule unter den Versicherungsschutz.

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

7 Mitversicherung von Bauch- und Unterleibsbrüchen (zu Ziffer 1.4 AUB 2016)

In Ergänzung von Ziffer 1.4 AUB 2016 sind durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- und Unterleibsbrüche mitversichert.

8 Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter, wenn sich die den Haushalt versorgende Person (Haushaltsführer) we-

gen eines Unfalles, welcher unter diesen Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Für jeden Anwesenheitstag der Haushaltshilfe oder jeden Aufenthaltstag bei der Tagesmutter wird eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt.

Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind zu versorgen ist.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe/Tagesmutter nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

9 Erweiterter Versicherungsschutz bei Schlaganfällen/Herzinfarkt (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2016)

Unfälle infolge eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes gelten als versichert. Das Gleiche gilt für Schlaganfälle und Herzinfarkte infolge eines Unfalles.

10 Erweiterter Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2016)

1 In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2016 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum oder Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind, versichert.

Ausnahmen:

- Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,3 Promille liegt.
- Beim Lenken sonstiger Fahrzeuge sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles nicht über der durch höchstrichterliche Rechtsprechung für die Fahrunfähigkeit festgelegten Grenze lag.

Versicherungsschutz im Sinne dieser Ziffer besteht für Leistungsarten gem. Ziffer 2.1, 2.2 und 2.6 AUB 2016. Für alle anderen Leistungsarten leisten wir nicht.

Falls Invaliditätsleistung versichert ist:

Gemäß Ziffer 2.1 AUB 2016 nur Leistungen ab einem Invaliditätsgrad von 70%.

2 In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2016 sind Unfälle durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, mitversichert.

Für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr findet Ziffer 1 dieser Klausel keine Anwendung.

11 Fahren ohne Führerschein (zu Ziffer 5.1.2 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB 2016 sind Unfälle bei der Benutzung von Land- oder Wasserfahrzeugen mitversichert, wenn die versicherte Person keinen Führerschein hat und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist. Voraussetzung ist, dass der Zugriff auf das Fahrzeug ohne weitere Straftat möglich war.

12 Erweiterter Versicherungsschutz bei Unfällen durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse (zu Ziffer 5.1.3 AUB 2016)

Die in Ziffer 5.1.3 AUB 2016, 3. Abs. genannte Frist von 7 Tagen wird auf 21 Tage verlängert, sofern nachweislich keine Ausreisemöglichkeit nach Ausbruch eines Krieges/ Bürgerkrieges bestanden hat.

13 Medizinische Maßnahmen: Pedi-, Maniküre sowie Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut (zu Ziffer 5.2.3 AUB 2016)

In Abänderung von Ziff. 5.2.3 AUB 2016 gelten Pedi- oder Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut als mitversichert.

14 Besondere Bedingungen für den erweiterten Einschluss von Infektionen (zu Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB 2016)

1 Erweiterter Versicherungsfall

a) Abweichend von Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB 2016 gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis/ Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetsekrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus oder Windpocken als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch eine Gesundheitsschädigung durch eine Schutzimpfung gegen die genannten Erreger.

Wir erbringen eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für die Leistungsarten Invalidität (gemäß Ziffer 2.1 AUB 2016) und im Todesfall (gemäß Ziffer 2.6 AUB 2016), soweit eine Versicherungssumme für diese Leistungsart vereinbart wurde. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 30 % beträgt.

Darüber hinaus gilt folgende Regelung bei erstmaligen Infektionen: Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur, wenn sich ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 % ergibt. Wir zahlen dann jedoch die vereinbarte Leistung bei Invalidität einschließlich des Anteils bei 20% Invalidität.

b) Ergänzend zu Ziffer 5.2.4 AUB 2016 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder

- durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper gelangten.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht. Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang aber für Diphtherie und Tuberkulose.

c) Wir weisen jedoch besonders darauf hin, dass der erweiterte Versicherungsschutz nach Ziffer 1 a) und b) dieser Bedingungen keine Anwendung findet, wenn die Infektion durch einen Terrorakt verursacht wurde oder aber die Schutzimpfung in direktem Zusammenhang mit einem Terrorakt steht.

2 Voraussetzungen für die Leistung

a) zu Ziffer 1a)

Abweichend von Ziffer 10 AUB 2016 beginnt der Versicherungsschutz nach Ziffer 1a) dieser Bedingungen nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Für während der Vertragsdauer geborene Kinder entfällt die Wartezeit und der Versicherungsschutz beginnt ab Vollendung der Geburt.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 1 a) dieser Bedingungen genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Abweichend von Ziffer 7 AUB 2016 sind wir unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

b) zu Ziffer 1 b)

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2016 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 Zeitraums von einem Arzt in Textform festgestellt und

von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

15 Lebensmittelvergiftungen (zu Ziffer 5.2.5 AUB 2016)

In Abänderung von Ziffer 5.2.5 der AUB 2016 sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen mitversichert. Für ein versichertes Tagegeld gilt: Abweichend von Ziffer 2.4 AUB 2016 und dem Antrag wird Tagegeld erst ab dem 15. Tag ab Beginn der ärztlichen Behandlung gezahlt und längstens bis zum 50. Tag ab einer solchen ärztlichen Behandlung.

16 Folgen psychischer und nervöser Störungen (zu Ziffer 5.2.6 AUB 2016)

Die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, sind mitversichert, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

Spezielle Leistungserweiterungen für Kinder:

17 Nachhilfekosten (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung. Für jeden dadurch ausgefallenen Schultag leisten wir eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tage.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18 Doppelte Todesfalleistung (zu Ziffer 2.6 AUB 2016)

Werden beide versicherten Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr nicht vollendet, kommt die doppelte vereinbarte Todesfallsumme zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 50.000 Euro. Die vorgenannte Gesamtleistung gilt auch dann, wenn mehrere Verträge bei uns bestehen.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Luftfahrtunfällen U 4860:01

10.16

Ziffer 5.1.4 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ist gestrichen.

Unfälle, die der Versicherte bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) erleidet, fallen unter den Versicherungsschutz.

Das dienstliche Luftfahrtrisiko ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Die Benutzung von Raumfahrzeugen ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Luftfahrtunfällen U 4870:01

10.16

Ziffer 5.1.4 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) ist gestrichen.

Unfälle, die der Versicherte bei der Benutzung von Luftfahrzeugen erleidet, fallen unter den Versicherungsschutz.

Das dienstliche Luftfahrtrisiko ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Unfälle, die durch die Benutzung von Raumfahrzeugen, Hängegleitern, Gleitseglern/-flugzeugen, Ultraleichtflugzeugen und Fall-/Gleitschirmen entstehen.

Paket Tagegeld U 4830:01

10.16

Sofern ein Tagegeld versichert ist, gilt Folgendes:

- 1 Verlängerung der Tagegeldleistungsdauer
- 2 Keine Nachteile bei Berufsausübung nach einem Unfall

Sofern ein Tagegeld mit Sonderform versichert ist, gilt zusätzlich Folgendes:

- 3 Leistungsart Tagegeld-Sonderform

Sofern ein Krankenhaustagegeld versichert ist, gilt Folgendes:

- 4 Leistung auch bei stationärer Behandlung in einem Rehabilitationszentrum

- 5 Gemischte Institute

- 6 Verlängerung der Krankenhaustagegeld-Leistungsdauer
- 7 Doppelte Krankenhaustagegeldleistung im Ausland

Sofern ein Genesungsgeld versichert ist, gilt Folgendes:

- 8 Besondere Bedingungen zum Genesungsgeld

Es gilt immer:

- 9 Besondere Bedingungen für Komageld

Sofern ein Tagegeld versichert ist, gilt Folgendes:

1 Verlängerung der Tagegeldleistungsdauer (zu Ziffer 2.4.2 AUB 2016)

In Ergänzung von Ziffer 2.4.2 AUB 2016 wird bei unfallbedingter stationärer Behandlung auch nach Ablauf des ersten Jahres nach dem Unfall Tagegeld gezahlt, und zwar für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Die Maximalleistung des Versicherers für die Zahlung des Tagegeldes bleibt unverändert ein Jahr.

2 Keine Nachteile bei Berufsausübung nach einem Unfall (zu Ziffer 7 AUB 2016)

Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

Sofern ein Tagegeld mit Sonderform versichert ist, gilt zusätzlich Folgendes:

3 Leistungsart Tagegeld-Sonderform (zu Ziffer 2.3.2 AUB 2016)

In Ergänzung von Ziffer 2.4.2 AUB 2016 wird das versicherte Tagegeld ab dem 29. Tag der ärztlichen Behandlung gezahlt. Ist wegen des Unfalles eine vollstationäre Heilbehandlung von mindestens drei Tagen medizinisch notwendig, erfolgt die Tagegeldzahlung vom Tag der Einlieferung ins Krankenhaus an. Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2016 wird das Tagegeld längstens für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Sofern ein Krankenhaustagegeld versichert ist, gilt Folgendes:

4 Leistung auch bei stationärer Behandlung in einem Rehabilitationszentrum (zu Ziffer 2.5 AUB 2016)

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.5 AUB 2016 wird Krankenhaustagegeld auch für stationäre Behandlung in einem Rehabilitationszentrum gewährt, die unmittelbar an eine unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung stattfindet. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag der vollstationären Behandlung im Rehabilitationszentrum, längstens jedoch für 3 Monate, gezahlt.

5 Gemischte Institute (zu Ziffer 2.5.1 AUB 2016)

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist.

6 Verlängerung der Krankenhaustagegeld-Leistungsdauer (zu Ziffer 2.5.2 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 2.5.2 AUB 2016 wird das Krankenhaustagegeld längstens für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt. Danach wird Krankenhaustagegeld nur bei erneuter stationärer Behandlung anlässlich dieses Unfalles geleistet, sofern die Maximalleistung des Versicherers für die Zahlung von Krankenhaustagegeld (3 Jahre) noch nicht erreicht wurde.

7 Doppelte Krankenhaustagegeldleistung im Ausland (zu Ziffer 2.5.2 AUB 2016)

Ereignet sich ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2016 im Ausland, so zahlen wir für die Dauer eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 2 Wochen, den doppelten Krankenhaustagegeldsatz.

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

Ist Genesungsgeld im Sinne von Ziffer 8 der Klausel U 4830:01 AUB 2016 vereinbart, so wird nur das einfache Genesungsgeld gezahlt.

Sofern ein Genesungsgeld versichert ist, gilt Folgendes:

8 Besondere Bedingungen zum Genesungsgeld

Ergänzend zum Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 2.5 AUB 2016 wird ein Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 1 Jahr.

Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 AUB 2016.

Anspruch auf Genesungsgeld entsteht auch

- im Anschluss an eine unfallbedingte ambulante Operation für drei Tage
- nach einer stationären Behandlung in einem Rehabilitationszentrum im Anschluss an eine unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung. Nach einer Behandlung in einem Rehabilitationszentrum wird Genesungsgeld längstens für 30 Tage gezahlt.

Es gilt immer:

9 Besondere Bedingungen für Komageld (zu Ziffer 2.5 AUB 2016)

Ziffer 2.5 AUB 2016 wird wie folgt ergänzt:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird sie unfallbedingt in ein künstliches Koma versetzt, so werden für die Dauer dieses Zustandes, längstens für 1 Jahr, wöchentlich 100 Euro gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen mit der Zusatzleistung Komageld, so kann diese nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Paket Schutzbrief

U 4840:01

1.17

- 1 Medizinische Hilfsmittel
- 2 Fahrten mit Taxi/Krankenwagen/Spezialfahrzeug
- 3 Behindertengerechte Umbauten

- 4 Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen
- 5 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
- 6 Hilfeleistungen/Pflege

1 Medizinische Hilfsmittel (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 3.000 Euro für Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl bzw. Krankenfahrrad, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt werden.

Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der ärztlichen Verordnung durch Sie fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2 Fahrten mit Taxi/Krankenwagen/Spezialfahrzeug (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 250 Euro für Fahrten mit dem Taxi bzw. für Transporte mit dem Krankenwagen-/Spezialfahrzeug, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall für eine unfallbedingte, ambulante Weiterbehandlung notwendig und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Die genannte Summe gilt als Maximalentschädigung für alle Fahrten zusammen.

Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Kosten durch Vorlage der Belege durch Sie fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

3 Behindertengerechte Umbauten (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Gesamtsumme von 25.000 Euro für

- den behindertengerechten Umbau des Einfamilienhauses/der Wohnung der versicherten Person,
- den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Einfamilienhaus oder in eine entsprechende Wohnung,
- den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall notwendig sind und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Die Notwendigkeit ist durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung entsteht nur, wenn sich unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ergibt.

Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Kosten durch Vorlage der Belege durch Sie fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

4 Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Werden nach einem unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall Rehabilitationsmaßnahmen ärztlich verordnet, so organisieren wir auf

Ihren Wunsch eine entsprechende Reha-Beratung durch von uns beauftragte versierte Spezialisten. Die Kosten für die Reha-Beratung übernehmen wir.

5 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 AUB 2016 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 5.000 Euro für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall ärztlich verordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis angetreten werden.

Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der ärztlichen Verordnung durch Sie fällig und setzt eine vorherige Reha-Beratung durch uns voraus.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

6 Hilfeleistungen/Pflege (zu Ziffer 2 AUB 2016)

Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2016) wird wie folgt erweitert:

Wir erbringen durch einen von uns oder von Ihnen mit unserer Zustimmung beauftragten Dienstleister nachfolgende Leistungen bis zu einer Gesamtsumme von 10.000 Euro und längstens für 6 Monate ab Inanspruchnahme, sofern die versicherte Person aufgrund eines Unfalles in ihrer häuslichen Umgebung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremde Hilfe benötigt.

Die Versicherungssumme für Hilfeleistungen/Pflege nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Die Leistungen werden nur in Deutschland erbracht.

Wird ein Pflegegrad anerkannt und entscheiden Sie sich ausschließlich für Sachleistungen, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang dieser Ziffer Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf entsteht. Entscheiden Sie sich für Geldleistungen aus der Pflegeversicherung, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

Entgegen Ziffer 3 AUB 2016 schränken wir, sofern Krankheiten oder Gebrechen an der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt haben, unsere Hilfe- und Pflegeleistungen nicht ein.

Den nachfolgenden Bestimmungen können Sie entnehmen, wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden. Die Leistungsdauer ist darüber hinaus auch abhängig vom Umfang der Hilfsbedürftigkeit.

Versicherte Leistungen:

Erstgespräch

Es erfolgt eine telefonische Feststellung des jeweiligen Bedarfs an versicherten Hilfeleistungen sowie eine Information über deren Art und Durchführung.

Menüservice

Die versicherte Person erhält täglich, für maximal sechs Monate ab Inanspruchnahme, eine warme Hauptmahlzeit, wobei aus einem Menüangebot gewählt werden kann (Auswahl Diät- und Schonkost ist möglich). Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Für die Dauer der Inanspruchnahme des Menüservice durch die versicherte Person stellen wir auf Wunsch in gleichem Leistungsumfang auch für den Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner oder den/die in häuslicher Gemeinschaft wohnende/-n Lebensgefährten/-gefährtin und die im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder täglich eine warme Hauptmahlzeit zur Verfügung.

Hausnotruf

Wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung/im Haus der versicherten Person auf deren Wunsch eine Hausnotruf-Anlage eingerichtet. Über Knopfdruck kann die Notrufzentrale rund um die Uhr erreicht werden.

Die Kosten für die Anlage und deren Einrichtung werden von uns übernommen. Die laufenden Kosten sind auf sechs Monate, ab Inanspruchnahme, begrenzt. Die Kosten für den Abbau der Anlage werden ebenfalls von uns übernommen, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen

Die versicherte Person wird bei Bedarf, für bis zu 6 Monate ab Inanspruchnahme, bis zu zweimal wöchentlich bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, sofern ein persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten notwendig ist.

Besorgungen und Einkäufe

Einmal in der Woche werden bei Bedarf, für bis zu 6 Monate ab Inanspruchnahme, für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.

Die Kosten für die Lebensmittel, Kosten für die Gegenstände des täglichen Bedarfs, Arzneimittel (auch Rezeptgebühren) etc. sowie die Kosten für die Reinigung trägt die versicherte Person selbst.

Reinigung der Wohnung

Einmal wöchentlich bis zu jeweils 3 Stunden wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate, ab Inanspruchnahme, der übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt.

Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

Versorgung der Wäsche

Einmal wöchentlich bis zu jeweils 3 Stunden werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate ab Inanspruchnahme, Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen sowie die Schuhpflege.

Ambulante (häusliche) Pflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 6 Monate ab Inanspruchnahme, bis zu zweimal täglich jeweils 2 Stunden eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich

- Ganzwaschung:
 - Waschen, Duschen und Baden
 - Mund-, Zahn- und Lippenpflege
 - Rasieren
 - Haut- und Haarpflege
- Teilwaschung:
 - Waschen, z. B. des Intimbereichs
 - Mund-, Zahn- und Lippenpflege
 - Rasieren
 - Haut- und Haarpflege
- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hilfe beim Verrichten der Notdurft
- Lagerung im Bett
- Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, organisieren wir auf Wunsch für diese eine einmalige Schulung für die Aufgaben der täglichen Pflege durch eine Fachkraft. Die Kosten übernehmen wir.

Haustierbetreuung

Wir vermitteln auf Wunsch der versicherten Person eine Betreuung für Haustiere der versicherten Person und übernehmen unter den nachstehend genannten Voraussetzungen die Kosten für die Betreuung und Versorgung: Voraussetzung für die Leistung

- 1 Die versicherte Person unterzieht sich infolge eines unter den Vertrag fallenden Unfalls im Sinne von Ziffer 1 AUB 2016 wegen der dadurch hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen einem medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
- 2 Art und Höhe der Leistung
Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten bis zu 30 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes, für bis zu 100 Tage. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Paket Rundum Sorglos

U 4850:01

10.16

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Eigenbewegung 2 Erblindung 3 Verlängerte Frist zur Geltendmachung der Invalidität 4 Zusatzvereinbarungen für Serviceleistungen 5 Erhöhung des Mitwirkungsanteils 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung 7 Verdienstaussfall | <ol style="list-style-type: none"> 8 Erweiterte Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder bei Adoption 9 Vorsorge-Versicherung bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft 10 Erweiterte Beitragsbefreiung für mitversicherte Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers 11 Leistungsgarantie nach GDV-Standard 12 Differenzdeckungsgarantie |
|--|---|

1 Eigenbewegung (zu Ziffer 1.4 AUB 2016)

Ergänzend zu Ziffer 1.4 AUB 2016 gelten auch durch Eigenbewegungen verursachte Schädigungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule als Unfall. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen von Bandscheiben und Menisken.

2 Erblindung (zu Ziffer 1 AUB 2016)

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose der Blindheit der versicherten Person.

Als Erblindung in diesem Sinne gilt:

- die Sehschärfe (Visus) beträgt höchstens 0,02 oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 5 Grad und weniger, jeweils bezogen auf das bessere und voll korrigierte Auge.

2 Art und Höhe der Leistung

2.1 Wir leisten eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von 5.000 Euro.

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

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Betrag nicht teil.

3 Verlängerte Frist zur Geltendmachung der Invalidität

(zu Ziffer 2.1.1.3 AUB 2016)

Die in Ziffer 2.1.1.3 AUB 2016 genannte Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird von 15 auf 24 Monate erweitert.

4 Zusatzvereinbarungen für Serviceleistungen

(zu Ziffer 2.7 AUB 2016)

Wir übernehmen im Rahmen der Bergungskosten die Kosten für unfallbedingte Mehraufwendungen:

A Serviceleistungen im Ausland

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

Bei einem Unfall im Ausland übernehmen wir die Kosten für folgende unfallbedingte Mehraufwendungen:

- a) Beschaffung von medizinisch notwendigen Geräten sowie verschreibungspflichtigen Arznei- und Hilfsmitteln zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit.
- b) Vermittlung von jeweils geeigneten Rettungsdiensten, Krankentransporten, Krankenhäusern und Ärzten oder anderen Instituten für Heilbehandlung oder Rehabilitation.
- c) Vermittlung einer deutschsprachigen Anwaltskanzlei zur Klärung von rechtlichen Fragen in Zusammenhang mit dem Unfall.
- d) Kontaktaufnahme per Post, Telefon, Fax oder E-Mail mit Rechtsanwälten, privaten und öffentlich-rechtlichen Gesellschaften wie Versiche-

rungsgesellschaften oder Berufsgenossenschaften sowie mit nahestehenden Verwandten und Arbeitgebern.

- e) Betreute Verpflegung und Unterbringung der minderjährigen Kinder im Ausland sowie deren betreute Rückreise an ihren ständigen Wohnsitz.
- f) Verpflegung und Unterbringung von Mitreisenden, soweit eine frühere Rückreise nicht möglich ist.
- g) Spätere Rückreise der versicherten Person und eines Mitreisenden an ihren ständigen Wohnsitz aufgrund des Krankenhausaufenthaltes oder Todes der versicherten Person.
- h) Spätere Rückreise der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz aufgrund ärztlich angeordneter Versorgung und Pflege durch einen Pflegedienst.
- i) Betreute Rückreise der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz, soweit Betreuung ärztlich angeordnet.
- j) Verpflegung und Unterbringung von Haustieren im Ausland sowie deren Heimtransport aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, ärztlich angeordneter Versorgung und Pflege oder des Todes der versicherten Person.

B Zusätzliche Serviceleistungen für Kinder im Ausland

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

Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, übernehmen wir bei einem Unfall im Ausland die Kosten für folgende unfallbedingte Mehraufwendungen:

- a) Betreute spätere Rückreise des versicherten Kindes an dessen ständigen Wohnsitz aufgrund des Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes.
- b) Verpflegung und Unterbringung eines Mitreisenden, der volljährig und für das versicherte Kind aufsichtspflichtig ist, soweit eine betreute Rückreise des versicherten Kindes an dessen ständigen Wohnsitz nicht anders möglich ist.
- c) Vermittlung von deutschsprachigen, auf Kinder spezialisierten Ärzten.

C Serviceleistungen im Inland

Bei einem Unfall im Inland (oder im Ausland, wenn sich die versicherte Person danach wieder im Inland befindet) übernehmen wir die Kosten für folgende unfallbedingte Mehraufwendungen:

- a) Reise eines nahestehenden Verwandten in das Krankenhaus aufgrund des Krankenhausaufenthaltes oder zum Bestattungsinstitut aufgrund des Todes der versicherten Person (nahestehende Verwandte sind Ehegatten, Lebenspartner in eheähnlicher Gemeinschaft, Eltern, Erziehungsberechtigte, Geschwister und Kinder).
- b) Planung und Organisation von ärztlich angeordneten Maßnahmen zur Rehabilitation, Umschulung und Wiedereingliederung. Die Kosten für die angeordneten Maßnahmen sind nicht versichert.
- c) Ärztlich angeordnete psychologische Betreuung bei unfallbedingten Schwerverletzungen gem. der im Paket Leistung Plus (U 4814:01) der

HDI Unfall-Versicherung aufgeführten zusätzlichen Sofortleistung bei schweren Verletzungen.

- d) Kontaktaufnahme per Post, Telefon, Fax oder E-Mail mit Rechtsanwälten, privaten und öffentlich-rechtlichen Gesellschaften wie Versicherungsgesellschaften oder Berufsgenossenschaften sowie mit nahestehenden Verwandten und Arbeitgebern.
- e) Einrichtung einer ärztlich angeordneten Hausnotrufanlage.
- f) Unterbringung und Aufsicht von Kindern der versicherten Person sowie von im Sinne der Ziffer 4 AUB 2016 pflegebedürftigen Personen, soweit die versicherte Person dem Pflegebedürftigen von einem öffentlich-rechtlichen Institut oder einer Behörde anerkannt bei Verrichtung des täglichen Lebens geholfen hat, bis zu 100 Tagen.

5 Erhöhung des Mitwirkungsanteils

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2016 sowie Ziffer 6 des Paketes Leistung Plus (U 4814:01) wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil mindestens 50% beträgt.

6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung (zu Ziffer 6.2 AUB 2016)

Ergänzend zu Ziffer 6.2 AUB 2016 gilt vereinbart:

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für welche laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen wäre, so gilt die Einschränkung nicht, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Die Einschränkung gilt ebenfalls nicht, wenn die gefahrerhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleiben die Regelungen in Ziffer 6.2.2 AUB 2016 gleichfalls voll bestehen. Die Vertragsumstellung erfolgt nachträglich.

7 Verdienstausschlag (zu Ziffer 7.3 AUB 2016)

Ergänzend zu Ziffer 7.3 AUB 2016 wird Folgendes vereinbart: Kann bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen usw. der Lohn- oder Verdienstausschlag, der durch eine Untersuchung zur Prüfung unserer Leistungspflicht entsteht, nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand konkret nachgewiesen werden, so wird ein fester Betrag in Höhe von 500 Euro erstattet.

8 Erweiterte Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder bei Adoption (zu Ziffer 10.1 und Ziffer 10.2 AUB 2015 und Ziffer 18 Paket Basis)

In Abweichung zu Ziffer 18 des Paketes Basis gelten die dort genannten Leistungen wie folgt erhöht:

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall,
- 10.000 Euro für den Todesfall.

Die sonstigen Bestimmungen der Klausel bleiben unverändert.

9 Vorsorge-Versicherung bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft (zu Ziffer 10.1 und Ziffer 10.2 AUB 2016)

Heiraten Sie während der Versicherungsdauer, so besteht ab dem Tag der Hochzeit für den Ehepartner/ eingetragenen Lebenspartner im Rahmen dieses Vertrages bis zur nächsten Hauptfälligkeit, mindestens jedoch für die Dauer von drei Monaten, beitragsfreier Versicherungsschutz mit den für den Versicherungsnehmer durch diesen Vertrag versicherten Summen, höchstens jedoch mit

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall,
- 50.000 Euro für den Todesfall.

Wird der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner innerhalb der beitragsfreien Zeit auf Antrag des Versicherungsnehmers beitragspflichtig versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

Die vorgenannten Beträge für die Mitversicherung gelten auch dann, wenn für Sie mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen.

10 Erweiterte Beitragsbefreiung für mitversicherte Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers (zu Ziffer 11.6 AUB 2016)

Abweichend von Ziffer 11.6 AUB 2016 kann die Beitragsbefreiung auch dann in Anspruch genommen werden, wenn Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

Die weiteren Regelungen der Ziffer 11.6 AUB 2016 gelten unverändert.

11 Leistungsgarantie nach GDV-Standard

HDI garantiert, dass bei Vereinbarung des Paketes Rundum Sorglos die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erbringenden Leistungen mindestens dem Versicherungsumfang der zu diesem Zeitpunkt vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) unverbindlichen bekannt gegebenen Musterbedingungen zur Unfallversicherung entsprechen.

12 Differenzdeckungsgarantie

Die Differenzdeckungsgarantie beschreibt die Möglichkeit, in einem Schadenfall die Regulierung nach den Bedingungen der Vorversicherung vorzunehmen.

- 1 Im Leistungsfall regulieren wir, sofern Sie es wünschen, nach den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags, sofern Sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfallereignis nachweisen, dass die zuletzt für Sie gültigen Versicherungsbedingungen des Vorversicherers einen auf den konkreten Schadenfall bezogenen umfangreicheren Versicherungsschutz beinhalteten.
- 2 Voraussetzung für die Leistung ist die Erfüllung sämtlicher folgender Bedingungen:
 - Die Unfallversicherung bestand bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen, für mindestens 3 Jahre.
 - Unser Vertrag beginnt direkt im Anschluss an den Vorvertrag.
 - Sie weisen mit dem letztgültigen Versicherungsschein, der letztgültigen Beitragsrechnung sowie der Versicherungsbedingungen in Textform die weitergehenden Leistungen vom Vorversicherer nach.
- 3 Folgende Einschränkungen bestehen:
 - Die Maximalentschädigung bei einer beitragspflichtigen Leistungsart entspricht der bei uns versicherten Summe. Es werden nur die beitragspflichtigen Leistungsarten berücksichtigt, die im Vorvertrag als auch im aktuellen Vertrag versichert sind.
 - Vom aktuellen Vertrag abweichende Progressionsstaffeln und Gliederungen finden keine Anwendung. Eine Regulierung erfolgt insoweit auf der Basis der aktuellen Vertragsregelungen.
 - Bei beitragsfrei vereinbarten Leistungsarten werden höhere Versicherungssummen beim Vorversicherer bis maximal 20.000 Euro über unsere Versicherungssummen hinaus berücksichtigt.
 - Die Differenzdeckungsgarantie gilt nicht für mit uns vereinbarte individuelle Risikoausschlüsse (betrifft ggf. auch die Inhalte eines ausgeschlossenen Paketes).
 - Die Differenzdeckungsgarantie gilt nicht für die Leistungsart Unfallrente.
 - Die Differenzdeckungsgarantie gilt nicht für Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z.B. Dread-Disease-Versicherung, Pflegegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr)
 - Die Differenzdeckungsgarantie gilt nicht für Luftfahrtunfälle, Unfälle bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen, Unfälle durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden, Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.
- 4 Die Differenzdeckungsgarantie wird für einen Zeitraum von fünf Jahren ab Vertragsbeginn bei uns gewährt.

Besondere Vereinbarung zur Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers PS 9300:11

Die Vereinbarung zur Beitragsbefreiung gilt für den Versicherungsnehmer für alle innerhalb dieser HDI Privatschutz-Police bestehenden Versicherungsverträge (Versicherungssparten). Voraussetzung ist, dass für mindestens eine versicherte Sparte das Paket Rundum Sorglos vereinbart ist.

1. Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Voraussetzung für die Leistung:

- a) für sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer
Sie befinden sich in einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden. Sie werden aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls arbeitsunfähig.
- b) für Selbstständige oder freiberuflich Tätige
Sie üben eine sozialversicherungsfreie, selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit aus. Sie werden aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls arbeitsunfähig.

2. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit für sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer

Voraussetzungen für die Leistung:

Sie haben das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet und verlieren unverschuldet durch Kündigung Ihres Arbeitgebers oder im Rahmen eines Insolvenzverfahrens Ihren Arbeitsplatz und melden sich arbeitslos. Das Arbeitsverhältnis bestand unbefristet, ungekündigt und befand sich außerhalb der Probezeit. Die wöchentliche Arbeitszeit betrug mindestens 20 Stunden. Das Arbeitsverhältnis wurde nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf geschlossen.

3. Generelle Voraussetzungen

Der auslösende Grund für die Arbeitsunfähigkeit (Erkrankung oder Unfall) tritt nach Abschluss dieser Vereinbarung und während der Laufzeit dieser Vereinbarung ein.

Der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit (Kündigung oder Insolvenz) tritt frühestens drei Monate nach Abschluss dieser Vereinbarung ein (Wartezeit) und während der Laufzeit dieser Vereinbarung.

Die in der HDI Privatschutz-Police betroffenen Versicherungsverträge sind bei

Eintritt des auslösenden Grundes weder von Ihnen noch von uns gekündigt und befinden sich nicht im Mahnverfahren.

Die Versicherungsverträge innerhalb dieser HDI Privatschutz-Police werden auf Ihren Antrag beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit beginnt sechs Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und gilt bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit. Die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit und endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses. In allen Fällen endet die Beitragsbefreiung spätestens 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

4. Pflichten bei Anspruchstellung

Der Anspruch auf Beitragsfreistellung ist unverzüglich geltend zu machen. Sie haben uns Auskunft über alle zur Feststellung der Beitragsbefreiung erforderlichen Umstände zu erteilen. Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Leistung ist von Ihnen durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen nachzuweisen.

Sie haben auf Anforderung, mindestens jedoch alle drei Monate, Auskunft über das weitere Vorliegen der Voraussetzung für die Beitragsfreistellung zu geben und geeignete Nachweise vorzulegen. Kommen Sie dieser Verpflichtung nicht unverzüglich nach, endet die Beitragsfreistellung. Sie tritt jedoch mit sofortiger Wirkung wieder in Kraft, wenn die Auskünfte und Nachweise nachgereicht werden. Dies gilt nicht, solange eine andere Voraussetzung für die Beitragsfreistellung auf Grund eines bereits erbrachten Nachweises erkennbar noch vorliegt.

5. Beendigung der Besonderen Vereinbarung

Sie und wir können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten die Vereinbarung zur Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen. Eine zum Kündigungszeitpunkt bestehende Beitragsbefreiung wird durch die Kündigung nicht ausgesetzt. Ferner erlischt die Vereinbarung zur Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, sobald innerhalb dieser HDI Privatschutz-Police kein Versicherungsvertrag (Versicherungssparte) mehr mit Vereinbarung eines Paketes Rundum Sorglos besteht.