



Kundeninformation/ Vertragsunterlagen

Private Unfallversicherung (PUV)

Tarif T21 (Stand Mai 2023)
optimum





**Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,**

Ihr Interesse an unseren degenia Produkten freut uns sehr.

Mit den Ihnen hier vorliegenden Kundeninformationen können Sie sich umfassend über die degenia Versicherungsdienst AG, die Private Unfallversicherung und deren Bestimmungen und Bedingungen informieren. Ferner erhalten Sie wichtige Hinweise zu gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der vereinbarte Versicherungsschutz sowie die dazugehörigen Versicherungsbedingungen sind im Versicherungsschein beschrieben.

Bei allen Fragen zum Produkt steht Ihnen auch Ihr Vermittler gerne zur Verfügung.

Ihre
degenia Versicherungsdienst AG

Inhaltsverzeichnis

Produktinformationsblatt zur degenia Unfallversicherung	03-04
Allgemeine Kundeninformationen	05-06
Mitteilung über die vorvertragliche Anzeigepflicht	07
Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2021)	
Inhaltsverzeichnis	08
Teil A	09-20
Teil B	21-25
Teil C	26-28
Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“	29





Private Unfallversicherung

Produktinformationsblatt

degenia Versicherungsdienst AG



Tarif:

optimum T21 (Stand September 2021)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen und Ihren konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag,
- Versicherungsschein,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Unfallversicherung,
- gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen.

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

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



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhafter Beeinträchtigung (z.B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen.
- ✓ Krankentagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungs-einsätze.
- ✓ Einmalige Todesfallleistung bei unfallbedingtem Tod.
- ✓ Kosmetische Operationen und Zahnersatz nach einem Unfall.
- ✓ Sofortleistung bei Schwerverletzungen aufgrund eines Unfalls.
- ✓ Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Sachschäden z.B. an einer Brille oder Kleidung
- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall)
- ✗ Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

Nicht alle denkbaren Fälle sind mitversichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Drogenkonsum;
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat;
- ! Wenn Unfallfolgen mit Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen;
- ! Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.



Wo bin ich versichert?

- Sie haben weltweiten Versicherungsschutz.





Welche Pflichten habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.
- Werden Ärzte von uns beauftragt, müssen Sie sich von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
- Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies unverzüglich, spätestens jedoch sieben Tage nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Das SEPA-Lastschriftverfahren ist Voraussetzung.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens 1 Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie können den Vertrag ebenso wie wir zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit und in Textform geschehen).

Ebenfalls können Sie und wir nach dem Eintritt eines Schadenfalles den Versicherungsvertrag kündigen. Dann endet die Versicherung schon vor der vereinbarten Dauer.





Allgemeine Kundeninformationen

Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Angebot.

1. Identität des Versicherers

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG

Rechtsform: Aktiengesellschaft
Registergericht: Amtsgericht Bad Homburg
Registernummer: HRB 1585
St. – Nr.: 807/ V90 807 004 611 (VersStG)
811 189 884 (UStG)

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Christoph Bohn
Vorstand: Kai Waldmann
Marcus Terzi

Hausanschrift: Alte Leipziger-Platz 1,
61440 Oberursel
(ladungsfähige Anschrift)

2. Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter

- entfällt -

3. Hauptgeschäftstätigkeit

Die Alte Leipziger Versicherungs-AG ist durch Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherung berechtigt.

4. Aufsichtsbehörde

Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

5. Identität des Konzeptanbieters degenia Versicherungsdienst AG

Für die oben genannten Versicherer handeln wir namens und in Vollmacht als Ihr Konzeptanbieter aus Bad Kreuznach:

Anschrift:
degenia Versicherungsdienst AG
Brückes 63 – 63 A
55545 Bad Kreuznach

Aufsichtsratsvorsitzender: Karl Spies (Wirtschaftsprüfer)
Vorstand: Halime Koppius
Handelsregister: Bad Kreuznach / HRB 4221

6. Ansprechpartner für außergerichtliche Schlichtungsstellen

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die:

degenia Versicherungsdienst AG

Brückes 63 – 63 A
55545 Bad Kreuznach

Sollte Sie das Ergebnis nicht zufrieden stellen, können Sie das außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren in Anspruch nehmen. Unser Risikoträger ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und hat sich verpflichtet, an diesem Streitbeteiligungsverfahren teilzunehmen. Die Anschrift lautet:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, D-10006 Berlin

Tel.: +49 (0) 800 - 369 600 0, Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsbombudsmann.de

Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Entscheidungen des Ombudsmanns bis zum Beschwerdewert von 10.000 EUR sind für uns bindend. Weitere Informationen finden Sie im Internet, unter www.versicherungsbombudsmann.de.

Unabhängig von der Inanspruchnahme einer außergerichtlichen Beschwerdestelle besteht für Sie weiterhin die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Online-Streitbelegungs-Plattform

Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit. Diese können Sie über den nachfolgenden Link erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Sie können diese Plattform unter folgenden Voraussetzungen nutzen:

- 1 Sie sind Verbraucher und leben in der Europäischen Union (EU).
- 2 Sie haben einen Versicherungsvertrag auf elektronischem Weg (bspw. über diese Internetseite oder per E-Mail) beantragt bzw. geschlossen.

7. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte dem Vorschlag / Antrag und den Vertragsgrundlagen Ihres Konzeptanbieters.

8. Gesamtbeitrag

Die Höhe des Einzelbeitrags, den zu entrichtenden Gesamtbeitrag einschließlich der gesetzlichen Versicherungssteuer und der Zeitraum für den der Beitrag zu zahlen ist, sind im Antrag und im Versicherungsschein ausgewiesen.

9. Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben.

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsverlaufs fallen keine weiteren Kosten an. Wir weisen darauf hin, dass bei Beitragsverzug zusätzliche Kosten, wie z.B. Mahngebühren entstehen können.

10. Zahlweise

Je nach Vereinbarung wird der Beitrag monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt. Zuschläge für unterjährige Zahlweise können hierbei berechnet werden.

Erstbeitrag

Ihre Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt.

Folgebeitrag

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ist mit Ihnen die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt Ihre Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

11. Gültigkeit

Die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Angebotsinformationen (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Höhe des Beitrags) ist befristet auf längstens vier





Wochen, sofern nicht im Angebot ein anderer Zeitraum eingeräumt worden ist.

12. Zustandekommen des Vertrags

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie die Vertragserklärungen nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

Im Fall von Abweichungen von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen sind diese – einschließlich Belehrung und Hinweise auf die damit verbundenen Rechtsfolgen – in Ihrem Versicherungsschein gesondert aufgeführt.

13. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Sofern bestimmte Wartezeiten bestehen, sind diese in dem jeweiligen Produktinformationsblatt enthalten.

14. Bindefristen

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.

15. 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 die Versicherungspolice, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie die für Fernabsatzverträge vorgeschriebenen Informationen und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor die degenia auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312 e Abs. 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrages) erfüllt hat.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

degenia Versicherungsdienst AG
Brückes 63-63a
55545 Bad Kreuznach
Fon: 0671-84003-0
Fax: 0671-84003-29
Mail: info@degenia.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 Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten.

Der uns zustehende Betrag errechnet sich je nach Zahlungsperiode des Beitrags wie folgt:

a) bei vereinbarter jährlicher Zahlungsperiode: Die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/360 des Jahresbeitrags;

b) bei vereinbarter halbjährlicher Zahlungsperiode: Die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/180 des Halbjahresbeitrags;

c) bei vereinbarter vierteljährlicher Zahlungsperiode: Die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/90 des Vierteljahresbeitrags;

d) bei vereinbarter monatlicher Zahlungsperiode: Die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags.

Basis für die Berechnung ist der in der Versicherungspolice gemäß der vereinbarten Zahlungsperiode ausgewiesene Beitrag.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

16. Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsdauer entnehmen Sie bitte unserem Vorschlag bzw. dem Antrag.

Versicherungsverträge mit mindestens einjähriger Vertragsdauer verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist. Dies gilt nicht für Verträge mit einmaligem Beitrag oder für Verträge ohne Verlängerungsvereinbarung.

17. Beendigung eines Vertrages

Der Vertrag kann unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Bitte beachten Sie, dass eine etwaige Kündigung in Textform gegenüber der degenia Versicherungsdienst AG zu erfolgen hat.

18. Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Ansprüche gegen uns als Konzeptanbieter können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem zuständigen Gericht in Bad Kreuznach (Sitz der Gesellschaft) geltend machen

19. Vertragssprache

Die Sprache für die Vertragsbedingungen, sämtliche Vertragsinformationen sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist deutsch.





Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der degenia Versicherungsdienst AG, Brückes 63 – 63 a, 55545 Bad Kreuznach in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen 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 vorliegt.

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. Erklären 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.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats in Textform 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.

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.





Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2021/Stand 09.2021)

Teil A

Der Versicherungsumfang

- A 1 Was ist versichert?
- A 1.1 Grundsatz
- A 1.2 Geltungsbereich
- A 1.3 Unfallbegriff
- A 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
- A 1.5 Einschränkungen der Leistungspflicht
- A 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
- A 2.1 Invaliditätsleistung
- A 2.2 Übergangsleistung
- A 2.3 Unfall-Tagegeld
- A 2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld inkl. Genesungsgeld
- A 2.5 Todesfalleistung
- A 2.6 Such-, Bergungs- und Rückholkosten
- A 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
- A 2.8 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderrissen (Gipsgeld)
- A 2.9 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- A 2.10 Behinderungsbedingte Kosten
- A 2.11 Medizinische und berufliche Rehabilitation
- A 2.12 Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
- A 2.13 Haushaltshilfekosten
- A 2.14 Nachhilfeunterricht
- A 2.15 Psychologische Betreuung
- A 2.16 Komageld und Pfl egetagegeld
- A 2.17 Helmbonus
- A 2.18 Vorsorgeversicherung für Lebenspartner und Kinder
- A 2.19 Rooming-in-Leistung für minderjährige Kinder und Mehrkosten im Einzelzimmer
- A 2.20 Kostenerstattung für Zahnspangen
- A 2.21 Abweichungen gegenüber den GDV Musterbedingungen
- A 2.22 Innovationsklausel
- A 2.23 Besitzstandsgarantie
- A 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- A 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- A 3.2 Mitwirkung
- A 4 Was ist nicht versichert?
- A 4.1 Ausgeschlossene Unfälle
- A 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- A 5 Was müssen Sie bei Erreichen von Altersstufen und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie bei der Anpassung des Beitrags an die Schaden- und Kostenentwicklung beachten?
- A 5.1 Altersanpassung
- A 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- A 5.3 Fortfall oder Änderung bestimmter Leistungsarten bei Erreichen von Altersgrenzen
- A 5.4 Anpassung des Beitrags an die Schaden- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

Der Leistungsfall

- A 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- A 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- A 8 Wann sind die Leistungen fällig?
- A 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- A 8.2 Fälligkeit der Leistung
- A 8.3 Vorschüsse
- A 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades
- A 8.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Teil B

- B 1 Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung
- B 1.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- B 1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode
- B 1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung
- B 1.4 Folgebeitrag
- B 1.5 Bezahlverfahren
- B 1.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- B 1.7 Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit
- B 1.8 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit
- B 1.9 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
- B 2 Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung
- B 2.1 Dauer und Ende des Vertrags
- B 2.2 Kündigung nach Versicherungsfall
- B 3 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten
- B 3.1 Anzeigepflicht von Ihnen oder Ihres Vertreters bis zum Vertragsschluss
- B 4 Weitere Regelungen
- B 4.1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung
- B 4.2 Vollmacht des Versicherungsvertreters
- B 4.3 Verjährung
- B 4.4 Örtlich zuständiges Gericht
- B 4.5 Anzuwendendes Recht
- B 4.6 Embargobestimmung
- B 4.7 Versicherung für fremde Rechnung
- B 4.8 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- B 4.9 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Teil C

Besondere Bedingungen

- C 1 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen
- C 2 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50% Invalidität
- C 3 Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten 100%
- C 4 Besondere Bedingungen für Pro Aktiv
- C 5 Corona-Schutzimpfung





Teil A

Der Versicherungsumfang

A 1 Was ist versichert?

A 1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

A 1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages weltweit und rund um die Uhr, soweit im Folgenden für Einzelfälle keine abweichende Regelung getroffen wird.

A 1.3 Unfallbegriff

A 1.3.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

A 1.3.2 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

A 1.4 Erweiterter Unfallbegriff

A 1.4.1 Kraftanstrengung und Eigenbewegung

A 1.4.1.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- (1) ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
- (3) einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leistenbruch) zuzieht.
- (4) einen Knochen bricht.
- (5) einen Meniskussschaden zuzieht.

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

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

A 1.4.1.2 Versichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen infolge von Eigenbewegungen. Diese Erweiterung gilt aber nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und bei Blutungen innerer Organe.

A 1.4.2 Sonstige unfreiwillige Gesundheitsschäden

A 1.4.2.1 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von folgenden Ereignissen unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet:

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

Ausgeschlossen bleiben

- (1) Schäden durch Kernenergie,
- (2) Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten,
- (3) Berufskrankheiten,
- (4) allmählich erlittene Gesundheitsschäden. Das sind solche, bei denen die versicherte Person den Einwirkungen länger als sieben Tage ausgesetzt war.

A 1.4.2.2 Zudem sind folgende Ursachen für Gesundheitsschädigungen mitversichert, solange die versicherte Person diese unfreiwillig erlitten hat:

- (1) Ertrinken,
- (2) Erstickten,
- (3) Erfrieren (auch Erfrierungen einzelner Körperteile),
- (4) Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug,
- (5) die Nicht- oder Falscheinahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme oder aufgrund einer Notsituation, aus der sich die versicherte Person nicht aus eigener Kraft befreien kann. In diesem Fall verzichten wir auch auf eine Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten gemäß A 3,
- (6) Sonnenbrand und Sonnenstich.

A 1.4.3 Bewusstseinsstörungen

Wir leisten auch bei Unfällen durch Bewusstseinsstörungen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wir leisten trotz einer aufgetretenen Bewusstseinsstörung für Unfallfolgen durch

- (1) einen Herzinfarkt oder Schlaganfall.
Nicht versichert sind aber Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
- (2) einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall.
Kein Versicherungsschutz besteht aber bei Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles oder eines anderen Krampfanfalles sind.
- (3) Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,71 ‰ liegt.
- (4) Einnahme von Medikamenten. Versicherungsschutz besteht auch, wenn eine versehentliche Falscheinahme oder Nebenwirkungen zu einer Bewusstseinsstörung führt, in deren Folge ein Unfall passiert.
Kein Versicherungsschutz besteht aber bei Medikamentenmissbrauch.
- (5) ungewollte Einnahme von sogenannten K.o.-Tropfen, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt wurde.
- (6) Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind.
- (6) Übermüdung (Schlaftrunkenheit und Sekundenschlaf), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.
- (7) sonstige Bewusstseinsstörungen.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

A 1.4.4 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Für tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Wir ersetzen zudem die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer. Dies gilt auch bei unbewusster oder bewusster Nichtbeachtung der Tauchrichtlinien.





A 1.4.5 Unfälle bei Fahrtveranstaltungen

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

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

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

Es besteht kein Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen, bei denen es (auch nur teilweise) auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit oder auch einer maximalen Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Ebenso gewähren wir keinen Versicherungsschutz für die Teilnahme an lizenzpflichtigen Motorsportveranstaltungen.

Auch bei jeglichen Übungs- und Trainingsfahrten zu Motorsportrennen oder Motorrennsportarten besteht kein Versicherungsschutz.

A 1.4.6 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

Versicherungsschutz besteht als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug). Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z. B. bei einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung. Sobald die versicherte Person eigenständig und eigenverantwortlich ein Luftfahrzeug führt, für das eine Lizenz erforderlich ist (Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger), besteht kein Versicherungsschutz.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ein sonstiges Besatzungsmitglied (wie z. B. Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter) oder Flugschüler in der Ausbildung ist sowie mithilfe des Luftfahrzeuges ihre berufliche Tätigkeit ausübt (z. B. für Luftaufnahmen zur Verkehrsüberwachung oder als Arzt/medizinisches Personal bei Rettungs- und Sanitätsflügen).

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen, sodass hierbei uneingeschränkt Versicherungsschutz besteht.

A 1.4.7 Weitere Versicherungsfälle

A 1.4.7.1 Ein Oberschenkelhalsbruch oder ein Oberarmbruch fällt unter den Versicherungsschutz, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

A 1.4.7.2 Versichert ist ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS).

A 1.4.7.3 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe des täglichen Lebens – dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut.

A 1.4.7.4 Versicherungsschutz besteht auch für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe (auch strahlendiagnostische und -therapeutische), die durch einen in diesem Vertrag versicherten Unfall veranlasst waren.

Für Gesundheitsschädigungen durch alle weiteren Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person besteht aber kein Versicherungsschutz.

A 1.4.7.5 Mitversichert gilt eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) infolge einer psychischen Reaktion auf ein Unfallereignis, wenn und soweit die Reaktion im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis und am Unfallort erfolgt.

Ergänzend gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine

durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

A 1.4.7.6 Ist die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) oder entmündigt, bieten wir Versicherungsschutz für Unfälle

(1) beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein oder beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeuges (§ 248b StGB).

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

(2) durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

A 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 (A 3) und zu den Ausschlüssen (A 4).

A 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.

A 2.1 Invaliditätsleistung

A 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

A 2.1.1.1 Invalidität

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

A 2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

A 2.1.1.3 Geltendmachung der Invaliditätsleistung

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 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.

A 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 Todesfalleistung (A 2.5), sofern diese vereinbart ist.

Gegebenenfalls gezahlte Vorschüsse nach A 8.3 müssen nicht zurückerstattet werden.





A 2.1.2 Art und Höhe der Leistung

A 2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

A 2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der Gliedertaxe (A 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Sinnesorgane oder inneren Organe dort genannt sind, ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (A 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die spätere Bemessung der Invalidität (A 8.4).

A 2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder (Sinnes-) Organe gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

- Arm 80 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 80 %
- Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks 80 %
- Hand im Handgelenk 80 %
- Daumen 35 %
- Zeigefinger 20 %
- andere Finger 15 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis unterhalb des Knies 80 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 80 %
- Fuß einschl. Fußgelenk 70 %
- große Zehe 20 %
- andere Zehe 10 %
- Auge 60 %

sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war 100 %

- Gehör auf einem Ohr 50 %

sofern das andere Ohr vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war 80 %

- Geruchssinn 20 %
- Geschmackssinn 20 %
- Stimme 100 %
- Niere 25 %
- beide Nieren 100 %

falls eine Niere vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war 100 %

- Milz 10 %
- Milz bei Kindern bis 14 Jahre 20 %
- Gallenblase 10 %
- Magen 20 %
- Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm 25 %
- Lungenflügel 50 %
- gänzlicher Verlust der Zeugungs-, Empfängnis- oder Gebärfähigkeit 25 %

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

A 2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

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.

A 2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

A 2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

A 2.1.2.2.5 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

A 2.2 Übergangsleistung

A 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

A 2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

A 2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von neun 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 sechs Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

A 2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

A 2.2.3 Vorzeitige Zahlung der Übergangsleistung

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

A 2.2.4 Sofortige Zahlung der Übergangsleistung

Besteht ein Anspruch auf die Sofortleistung gemäß A 2.9.1 AUB zahlen wir die Übergangsleistung nach Vorlage eines ärztlichen Attestes sofort in





voller Höhe aus. Ein weiterer Anspruch auf die Übergangsleistung kann dann nicht mehr geltend gemacht werden.

A 2.3 Unfall-Tagegeld

A 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

A 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

A 2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld inkl. Genesungsgeld

A 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens drei 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 – oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme oder Kur bzw. befindet sich infolge des Unfalls in einem Sanatorium oder Erholungsheim.

Ein Leistungsanspruch besteht somit auch, wenn die Heilbehandlung in einem gemischten Institut erfolgt, welches der Heilbehandlung und der Rehabilitation dient.

A 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

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

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

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

A 2.4.3 Genesungsgeld

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Dann zahlen wir das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens jedoch für 750 Tage.

Haben wir für eine ambulante Operation nach A 2.4.1 und A 2.4.2 das Krankenhaustagegeld geleistet, zahlen wir ebenfalls das Genesungsgeld pauschal für sieben Tage.

A 2.5 Todesfalleistung

A 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

A 2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall verstirbt.

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

A 2.5.3 Doppelte Todesfalleistung

Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme.

Sterben infolge desselben Unfalls beide in diesem Vertrag versicherten Elternteile und bleiben ihre erb- oder bezugsberechtigten Kinder zurück, von denen mindestens eines das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, verdoppelt sich die Todesfalleistung beider Elternteile.

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

A 2.6 Such-, Bergungs- und Rückholkosten

A 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

A 2.6.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich - oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- ihren ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer

entstanden.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A 2.6.1.2 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.





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

A 2.6.1.3 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

A 2.6.1.4 Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes für die verletzte Person erforderlich, übernehmen wir die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR.

A 2.6.1.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

A 2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis maximal 1.000.000 EUR.

A 2.6.3 Zusätzliche Service-Kosten

Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstatten wir die zusätzlich entstehenden Kosten für:

- Die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- Die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits ein Pflegegrad zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- Den Besuch einer der verletzten Person nahestehenden Person für Verpflegung und Übernachtung bis 250 EUR.
- Den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 250 EUR begrenzt.
- Den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 150 EUR begrenzt.

Voraussetzung für diese Kostenerstattungen sind ein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens sieben Tagen am Unfallort bzw. dem nächstgelegenen Krankenhaus, sowie eine Mindestentfernung vom Wohnsitz der versicherten Person von 150 km.

A 2.7 Kosten für kosmetische Operationen

A 2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes eines nach diesem Vertrag ersatzpflichtigen Unfallereignisses zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- spätestens innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall.

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

Wir ersetzen auch die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen.

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

Voraussetzung für die Übernahme von Kosten für kosmetische Operationen ist außerdem, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A 2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,
- Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten

bis insgesamt 1.000.000 EUR.

A 2.8 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderrissen (Gipsgeld)

Hat die versicherte Person bei einem Unfall einen vollständigen Knochenbruch oder kompletten Bänderriss erlitten, zahlen wir ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 EUR, sofern keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgte.

Wurde die Verletzung im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes behandelt, zahlen wir ein Schmerzensgeld nach folgender Staffelung:

Ununterbrochener Krankenhausaufenthalt von

- bis drei Tage: 250 EUR
- vier bis 30 Tage: 500 EUR
- über 30 Tage: 1.500 EUR

Das Schmerzensgeld wird einmal je Unfall gezahlt.

A 2.9 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

A 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat eine der nachfolgenden schweren Unfallverletzungen erlitten:

- (1) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- (2) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- (3) Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- (4) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche
- (5) Augenverletzungen

- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %

- (6) schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen-Abschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen





- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ

Die Sofortleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

A 2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung in Höhe von 20.000 EUR wird fällig, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

A 2.9.3 Erhöhte Sofortleistung bei Wohneigentum

Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die nach A 2.9.2 vereinbarte Sofortleistung für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Vertrag versichert) auf je

- 50.000 EUR im ersten Jahr
- 45.000 EUR im zweiten Jahr
- 40.000 EUR im dritten Jahr
- 35.000 EUR im vierten Jahr
- 30.000 EUR im fünften Jahr
- 25.000 EUR im sechsten Jahr

ab Erwerb bzw. Baubeginn.

Dieser Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheims oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig ist – mit dem Beginn der Bauarbeiten. Er endet zum frühesten der nachfolgenden Termine:

- mit Ablauf des sechsten Jahres nach Baubeginn bzw. Erwerb
- mit Veräußerung des Eigenheims
- mit Beendigung der Unfallversicherung

A 2.10 Behinderungsbedingte Kosten

A 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A 2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 25.000 EUR für

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

A 2.11 Medizinische und berufliche Rehabilitation

A 2.11.1 Wir übernehmen die innerhalb von drei Jahren ab dem Unfalltag entstehenden Kosten, die aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendig sind für

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

A 2.11.2 Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A 2.11.3 Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

A 2.12 Taggeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

A 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

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

eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt. Sie oder die versicherte Person haben uns die Voraussetzungen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

A 2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kur- oder Reha-Tagegeld von 30 EUR täglich, längstens für 300 Tage.

Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen zahlen wir das Tagegeld nur für die tatsächlichen Behandlungstage.

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

A 2.13 Haushaltshilfekosten

A 2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

A 2.13.2 Art und Höhe der Leistung

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

A 2.14 Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach dem Unfall.

A 2.15 Psychologische Betreuung

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





- die aufgrund eines Unfalls eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems zurückzuführen sind,
- die nach einem Überfall oder einer Geiselnahme/Entführung eintreten,
- die nach dem Versterben einer im Vertrag versicherten Person oder eines Verwandten 1. Grades eintreten,
- oder aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung, wenn diese ärztlich verordnet wurden.

A 2.16 Komageld und Pfl egetagegeld

A 2.16.1 Fällt die versicherte Person infolge des Unfalls in ein Koma oder wird sie in ein künstliches Koma versetzt, so zahlen wir für die Dauer dieses Zustands, maximal für bis zu drei Jahre ab dem Unfalltag, ein tägliches Komageld in Höhe von 30 EUR.

A 2.16.2 Wird der versicherten Person aufgrund des Unfalls mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt, zahlen wir ein tägliches Pflegegeld für die Dauer der Pflegegrad-zuerkennung, längstens bis zu einem Jahr ab dem Unfalltag.

Dieses Pflegegeld beträgt

- 20 EUR bei Pflegegrad 2,
- 40 EUR bei Pflegegrad 3,
- 60 EUR bei Pflegegrad 4.

A 2.17 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person als

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

durch einen Unfall gemäß A 1 eine Kopfverletzung und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm getragen, erhöht sich die Invaliditätsentschädigung aus der Invaliditätsgrundsumme für eine durch eine Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25 %, maximal jedoch um 50.000 EUR.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

A 2.18 Vorsorgeversicherung für Lebenspartner und Kinder

A 2.18.1 Leistungsvoraussetzungen

Die Vorsorgeversicherung gilt

- (1) für den Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn Sie oder eine versicherte Person nach Vertragsabschluss heiraten oder eine Lebenspartnerschaft begründen. Dies gilt jedoch nur, wenn für den Ehe- bzw. Lebenspartner weder bei uns noch einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht;
- (2) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss geborene Kind;
- (3) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss adoptierte Kind, solange dieses bei der Adoption das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Vorsorgeversicherung gewähren wir auch für Kinder, die der Ehe- oder Lebenspartner mit in die Partnerschaft bringt, sofern die Kinder bei der Eheschließung bzw. Partnerschaftsgründung das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im gemeinsamen Haushalt der Eheleute bzw. Lebenspartner leben.

A 2.18.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Vorsorge-Versicherungssummen betragen:

- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe nach A 2.1, allerdings ohne Mehrleistung oder Progression
- 10.000 EUR für den Todesfall
- 20 EUR Unfall-Krankenhaustagegeld mit allen Zusatzleistungen aus A 2.4
- zuzüglich der generell versicherten Leistungen gemäß A 2.6 bis A 2.16.

Die Vorsorgeversicherung gewähren wir für die Dauer von einem Jahr ab der Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft und ab der Geburt bzw. Adoption.

Sie endet zum selben Zeitpunkt, zu dem der Unfallvertrag beendet wird bzw. der Versicherungsschutz aus dem Vertrag erlischt.

Stellen Sie während der Dauer des Vorsorgeschlusses einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person, gilt Folgendes:

(1) Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Ausgenommen hiervon sind die Leistungsarten Schmerzensgeld, Mitwirkung von Krankheiten 100 % sowie Personen, die bereits das 67. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Die beitragsfreie Dauer des Vorsorgeschlusses bleibt erhalten, anstelle der vorgenannten Versicherungssummen treten die von Ihnen beantragten Summen und Leistungen.

A 2.19 Rooming-in-Leistung für minderjährige Kinder und Mehrkosten im Einzelzimmer

Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem versicherten Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten.

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A 2.20 Kostenerstattung für Zahnschmerzen

Wird die Zahnschmerzen des versicherten minderjährigen Kindes bei einem versicherten Unfall beschädigt, ersetzen wir die unfallbedingten nachgewiesenen Kosten für die Reparatur bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.

A 2.21 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Musterbedingungen.

A 2.22 Innovationsklausel

Werden die der Unfallversicherung im Neugeschäft für diesen Tarif zugrundeliegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auch für diesen Vertrag. (siehe hierzu auch Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ -> „Innovationsklausel/ Bedingungsverbesserungen“)

A 2.23 Besitzstandsgarantie

A 2.23.1 Sollte sich bei einem Schadensfall herausstellen, dass Sie durch die Vertragsbedingungen zur Unfallversicherung des Vorvertrags bei Ihrem vorherigen Versicherer in Bezug auf den Versicherungsumfang bessergestellt gewesen wären, werden wir nach den Versicherungs-





bedingungen des letzten Vertragsstandes des direkten Vorvertrags regulieren.

A 2.23.2 Sie haben uns in diesem Fall die Bedingungen Ihres Vorversicherers zur Verfügung zu stellen.

A 2.23.3 Voraussetzungen

Die Besitzstandsgarantie gilt nur insoweit, dass

(1) der Vertrag für die versicherte Person für mindestens drei Jahre bestand und nicht vom Vorversicherer gekündigt oder im gegenseitigen Einvernehmen beendet wurde,

(2) zwischen Ablauf des Vorvertrags und Beginn unseres Vertrags maximal drei Monate lagen und

(3) es sich bei dem Vorversicherer um ein in Deutschland zugelassenes Versicherungsunternehmen handelt.

A 2.23.4 Einschränkungen

(1) Die maximale Entschädigung entspricht der Höchstsumme der jeweiligen beitragspflichtigen Leistungsart, die bei uns vereinbart ist.

(2) Abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen finden keine Anwendung.

(3) Bei beitragsfrei vereinbarten Leistungsarten werden höhere Versicherungssummen beim Vorversicherer bis maximal 20.000 EUR über unsere Versicherungssummen hinaus berücksichtigt.

(4) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für

- individuell mit uns vereinbarte Risikoausschlüsse (z. B. bestimmte Vorerkrankungen),
- Assistance- und sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen,
- Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z. B. Dread-Disease-Versicherung, Pflegetagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr).

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

A 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 die Folgen von Krankheiten (z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen) oder Gebrechen (z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung).

A 3.2 Mitwirkung

A 3.2.1 Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten zusammen, mindern wir die Leistung um den Anteil, den die Krankheiten an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen haben (Mitwirkungsanteil).

A 3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 75 %, nehmen wir keine Minderung vor.

A 3.2.3 Haben Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung mitgewirkt, werden diese nicht auf den Mitwirkungsanteil angerechnet.

A 3.2.4 Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so werden die Leistungen und der Invaliditätsgrad generell nicht gekürzt.

A 4 Was ist nicht versichert?

A 4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

A 4.1.1 Unfälle, die der versicherten Personen dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen.

A 4.1.2 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahmen:

(1) Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz besteht, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

Kein Versicherungsschutz besteht

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

(2) Versichert sind Unfallfolgen durch

- Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Partei verübt werden, sowie durch
- gewalttätige Auseinandersetzungen und inneren Unruhen,

wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

A 4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind

A 4.1.4 Sportunfälle (beim Wettkampf oder beim Training), wenn sie

- als Berufssportler oder
- bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person damit überwiegend den Lebensunterhalt verdient (einschließlich Sportförderung und entsprechender Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und Ähnlichem) verursacht werden.

Ausnahme:

Dieser Ausschluss gilt nicht für Vertragsamateure und Vertragssportler, die

- neben ihrer sportlichen Betätigung noch eine berufliche Tätigkeit ausüben und damit mindestens 50 % ihres Lebensunterhaltes bestreiten oder
- noch keine berufliche Tätigkeit ausüben, weil sie noch in der schulischen Ausbildung sind oder studieren und ihre Einkünfte für die ausgeübte Sportart einen Bruttobetrag von 6.000 EUR im Jahr nicht übersteigt (hierzu zählen feste Gehälter, Prämien, Preisgelder, Werbeverträge, Mäzenatentum, Sponsoring oder anderweitige Zuwendungen)

solange sie Sport unterhalb der ersten – bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten – deutschen Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.

A 4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

A 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

A 4.2.1 Infektionen

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden infolge von Infektionen.





Ausnahmen:

Für nachfolgende Infektionen besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens drei Monate (bei FSME 15 Tage) nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit, also nach Vertragsbeginn, ereignete.

- Es besteht Versicherungsschutz für den Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

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

- Darüber hinaus sind alle Infektionen versichert, die durch Hautverletzungen von Tieren oder Insekten (z. B. Bisse oder Stiche) übertragen wurden (z. B. Meningitis).

- Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen, wenn die versicherte Person dadurch eine Gesundheitsschädigung, also einen so genannten Impfschaden, erleidet.

Ein Impfschaden ist eine Gesundheitsschädigung, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht.

- Versicherungsschutz besteht außerdem für
 - Wundinfektionen und Blutvergiftungen;
 - Infektionen durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen. Geringfügig sind Verletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;
 - sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt haben;
 - allergische Reaktionen auf Insektenstiche/-bisse oder infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen anzeigen.Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt;
- Gesundheitsschäden aufgrund von Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen;
- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstanden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich waren.

A 4.2.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind mitversichert, wenn ein Unfallereignis nach A 1.3 diese Gesundheitsschäden überwiegend (also zu mehr als 50 %) verursacht hat.

A 5 Was müssen Sie bei Erreichen von Altersstufen und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie bei der Anpassung des Beitrags an die Schaden- und Kostenentwicklung beachten?

A 5.1 Altersanpassung

A 5.1.1 Erwachsene

A 5.1.1.1 Der Beitrag wird unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person nach folgender Staffel angepasst:

- von 40 bis 54 Jahren, jährlich um 1 %
- von 55 bis 64 Jahren, jährlich um 2 %
- von 65 bis 74 Jahren, jährlich um 3 %
- ab 75 Jahren, jährlich um 4 %

Als Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem aktuellen Versicherungsjahr.

A 5.1.1.2 Erreicht die versicherte Person ein unter A 5.1.1.1 genanntes Alter, wird der Beitrag in dem darauffolgenden Versicherungsjahr angepasst.

A 5.1.1.3 Beitragsgarantie

Die Altersanpassung unterbleibt, wenn seit Versicherungsbeginn noch keine 5 Jahre abgelaufen sind.

A 5.1.1.4 Der Versicherungsnehmer hat im Falle einer sich hieraus ergebenden Beitragserhöhung das Recht, den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, zu kündigen. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung über die Beitragserhöhung erfolgen.

A 5.1.2 Umstellung des Kinder-Tarifs

A 5.1.2.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenenentarif 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.

A 5.1.2.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

A 5.2 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.

- Berufsgruppe A

Die Einstufung in die Berufsgruppe A erfolgt für versicherte Personen, die eine kaufmännische, verwaltende, planende oder lehrende Tätigkeit ausüben. Dazu zählen z. B. Berufe in der Verwaltung, im Verkauf, in der





Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen, außerdem aufsichtsführende Tätigkeiten im Betrieb oder auf Baustellen.

Auch Personen, die keine berufliche Tätigkeit ausüben, also Schüler, Rentner und Pensionäre werden der Berufsgruppe A zugeordnet.

• Berufsgruppe B

Die Einstufung in die Berufsgruppe B erfolgt für versicherte Personen, die eine körperliche, sportliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben (einschließlich mitarbeitender Meister). Dazu zählen z. B. Berufe im Gastgewerbe, in der Holz-, Metall- oder Kunststoffverarbeitung sowie der Vollzugsdienst (nicht Verwaltung) bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei oder Feuerwehr.

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

A 5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

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

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

A 5.2.2 Auswirkung der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von sechs Monaten 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.

A 5.2.3 Versehensklausel

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

A 5.3 Fortfall oder Änderung bestimmter Leistungsarten bei Erreichen von Altersgrenzen

Sofern nachfolgende Leistungsarten oder Leistungserweiterungen in Ihrem Vertrag vereinbart sind, gelten folgende Regelungen.

A 5.3.1 Unfall-Tagegeld (A 2.3) und Sofortleistung bei Schwerverletzungen (A 2.9)

Das Unfall-Tagegeld und die Sofortleistung bei Schwerverletzungen erlöschen zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

A 5.3.2 Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten 100 % (C 3)

Diese Vereinbarung erlischt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt gilt wieder die Regelung gemäß A 3.2.

A 5.4 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, sind wir berechtigt und verpflichtet, alle drei Jahre durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- Versicherungsverträge, die (nach versicherungsmathematischen Grundsätzen) einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.
- Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich die technischen Berechnungsgrundlagen (z. B. Sterbetafeln, Krankenhausstatistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen, die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlage kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- oder -abschläge bleiben außer Betracht.
- Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zur Verfügung gestellt.

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 % (Bagatellgrenze) ergibt, sind wir im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge anzupassen.

Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 % festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Versicherungsverträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Berechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, können wir für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

Der neue Beitrag wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Für eine Beitragserhöhung gilt dies aber nur, wenn wir Ihnen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief)

- (1) die Beitragserhöhung unter Hinweis auf den Unterschied zwischen altem und neuem Beitrag einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und
- (2) Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Bei Erhöhung des Beitrages können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Andernfalls wird der Vertrag mit dem geänderten Beitrag fortgeführt.





Der Leistungsfall

A 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in A 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.

A 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

A 6.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

A 6.3 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 Verdienstaussfall, der durch die Untersuchung entsteht.

A 6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

A 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in A 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

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

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

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

A 8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

Dazu gilt Folgendes:

A 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln A 6.

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

A 8.2 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.

A 8.3 Vorschüsse

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

A 8.3.1 Die vereinbarte Invaliditätsleistung zahlen wir vor Abschluss des Heilverfahrens, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht, für folgende Verletzungen:

- Verlust von Gliedmaßen;
- Verlust von einem der nachfolgend genannten inneren Organe: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dick-, Dün- und Enddarm, sofern die versicherte Person auf eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach A 2.1.2.2.2 verzichtet.

A 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Auch der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

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

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

A 8.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Für alle Leistungsarten mit Kostenersatz gelten folgende Grundsätze:

(1) Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.





Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

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





Teil B

B 1 Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung

B 1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies gilt vorbehaltlich der Regelungen über die Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags.

B 1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode

B 1.2.1 Beitragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge im Voraus gezahlt, entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag.

B 1.2.2 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Vertragsdauer länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als ein Jahr, so entspricht die Versicherungsperiode der Vertragsdauer.

B 1.2.3 Versicherungsteuer

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

B 1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung

B 1.3.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsabschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsabschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

B 1.3.2 Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig nach B 1.3.1 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht veranlasst haben.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B 1.3.3 Unsere Leistungsfreiheit

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig nach B 1.3.1 zahlen, sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet. Voraussetzung ist, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

B 1.4 Folgebeitrag

B 1.4.1 Fälligkeit

Ein Folgebeitrag wird entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils zu Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeginn oder zu einem anderen vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit veranlasst wird.

B 1.4.2 Verzug und Schadensersatz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nur, wenn Sie die verspätete Zahlung zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

B 1.4.3 Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung betragen.

Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags sowie der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und auf die Rechtsfolgen (Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht) hinweisen.

B 1.4.4 Leistungsfreiheit nach Mahnung

Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

B 1.4.5 Kündigung nach Mahnung

Sind Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beiträge in Verzug, können wir nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden. Mit Fristablauf wird die Kündigung wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

B 1.4.6 Zahlung des Beitrags nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung veranlasst wird. Wenn die Kündigung mit der Zahlungsfrist verbunden worden ist, wird sie unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach Fristablauf veranlasst wird. Unsere Leistungsfreiheit nach B 1.4.4 bleibt bis zur Zahlung bestehen.

B 1.5 Bezahlverfahren

B 1.5.1 Ihre Pflichten

Um den Beitrag rechtzeitig zu zahlen, ist, unabhängig von der gewählten Zahlungsmethode (z.B. SEPA-Lastschrift), zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des zu belastenden Kontos zu sorgen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abgegebenen Zahlungsaufforderung von uns erfolgt.

B 1.5.2 Fehlgeschlagene Abbuchung

Haben Sie es zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge trotz wiederholtem Abbuchungsversuch nicht eingezogen werden können, sind wir berechtigt, das vereinbarte Abbuchungsverfahren in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen.

Wir haben in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass Sie verpflichtet sind, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln.

Von Kreditinstituten erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagene Abbuchungen können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

B 1.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

B 1.6.1 Allgemeiner Grundsatz

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.





B 1.6.2 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt und Anfechtung

B 1.6.2.1 Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Widerrufsbelehrung auf das Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Widerrufsbelehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

B 1.6.2.2 Treten wir wegen Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurück, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu.

Wird der Versicherungsvertrag durch unseren Rücktritt beendet, weil der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, so steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

B 1.6.2.3 Wird der Versicherungsvertrag durch Anfechtung von uns wegen arglistiger Täuschung beendet, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Anfechtungserklärung zu.

B 1.7 Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit

B 1.7.1 Für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit im Sinne des Arbeitsförderungsrechts erfolgt bei unverändertem Versicherungsschutz für maximal 36 Monate eine Befreiung von der Beitragszahlung.

B 1.7.2 Voraussetzung ist, dass

- (1) die Arbeitslosigkeit frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn eingetreten ist (Wartezeit),
- (2) es sich um eine Arbeitslosigkeit von mindestens sechs Wochen handelt und
- (3) der Vertrag noch nicht gekündigt wurde.

B 1.7.3 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass

- (1) Sie als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden standen und
- (2) das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B 1.7.4 Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn

- (1) Sie als Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnenbetriebes, bei Ihrem Ehegatten oder bei einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt waren;
- (2) bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtsanhängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß B 1.7.2 erneut erfüllt sind.

B 1.7.5 Das Vorliegen der unter B 1.7.2 und B 1.7.3 genannten Voraussetzungen muss durch entsprechende Bescheinigungen der zuständigen Agentur für Arbeit und des Arbeitgebers nachgewiesen werden.

B 1.7.6 Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß B 1.7.3 erfüllt haben.

B 1.7.7 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) von Ihnen geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragsbefreiung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang Ihrer Anzeige der Arbeitslosigkeit bei uns. Der Beginn der Beitragsbefreiung wird schriftlich bestätigt. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Posten verrechnet.

B 1.7.8 Über das Ende der Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragsbefreiung tritt mit Ende des Kalendermonates, in dem wir die Nachweise angefordert haben, außer Kraft, wenn uns in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

B 1.8 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

B 1.8.1 Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als sechs Wochen zu 100 % arbeitsunfähig werden, erfolgt bei unverändertem Versicherungsschutz für maximal zwölf Monate eine Befreiung von der Beitragszahlung.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen.

B 1.8.2 Voraussetzung ist, dass

- (1) die Arbeitsunfähigkeit frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn eingetreten ist (Wartezeit),
- (2) es sich um eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen handelt,
- (3) der Vertrag noch nicht gekündigt wurde und keinen Beitragsrückstand aufweist und
- (4) Sie uns die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und den Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen.

B 1.8.3 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass Sie als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden standen.

B 1.8.4 Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von sechs Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet, und endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber zwölf Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

B 1.8.5 Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer von insgesamt zwölf Monaten innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht wurde.

B 1.8.6 Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig fortgeführt. Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

B 1.9 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:





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.

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

B 2 Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung

B 2.1 Dauer und Ende des Vertrags

B 2.1.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

B 2.1.2 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.

B 2.1.3 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

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

B 2.1.4 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

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.

B 2.2 Kündigung nach Versicherungsfall

B 2.2.1 Kündigungsrecht

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede der Vertragsparteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) spätestens einen Monat nach der Zahlung, der Ablehnung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.

B 2.2.2 Kündigung durch Sie

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung mit ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

B 2.2.3 Kündigung durch uns

Eine Kündigung von uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

B 2.2.4 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII oder
- eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt,

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

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

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person nach Vorlage

- des Bescheids der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades oder

- der Bestätigung des Krankenversicherers über eine Aufenthaltsunterbringung bzw. ständige Begleitung im Falle einer Geisteskrankheit ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

B 3 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten

B 3.1 Anzeigepflichten von Ihnen oder Ihres Vertreters bis zum Vertragsschluss

B 3.1.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen wir in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Diese Anzeigepflicht gilt auch dann, wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinn von Satz 1 in Textform stellen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter von Ihnen geschlossen, so sind bei der Anwendung von Absatz 1 und B 3.1.2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist von Ihnen zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

B 3.1.2 Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

B 3.1.2.1 Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach B 3.1.1 Absatz 1, können wir vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts besteht auch für die Vergangenheit kein Versicherungsschutz.

Wir haben jedoch kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

B 3.1.2.2 Kündigung

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach B 3.1.1 Absatz 1 leicht fahrlässig oder schuldlos, können wir den Vertrag kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

B 3.1.2.3 Vertragsänderung

Haben Sie Ihre Anzeigepflicht nach B 3.1.1 Absatz 1 nicht vorsätzlich verletzt und hätten wir bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände den Vertrag auch zu anderen Bedingungen geschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bei einer von Ihnen unverschuldeten Pflichtverletzung werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach





Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In dieser Mitteilung haben wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen.

B 3.1.3 Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung müssen wir innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangen, die das von uns jeweils geltend gemachte Recht begründen.

B 3.1.4 Unsere Hinweispflicht

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

B 3.1.5 Ausschluss von Rechten von uns

Wir können uns auf unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahr- umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

B 3.1.6 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt bestehen.

B 3.1.7 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Diese Rechte erlöschen nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben/hat.

B 4 Weitere Regelungen

B 4.1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung

B 4.1.1 Form, zuständige Stelle

Die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die unmittelbar uns gegenüber erfolgen, sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abzugeben. Dies gilt nicht, soweit gesetzlich Schriftform oder in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

B 4.1.2 Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer uns nicht angezeigten Namensänderung.

B 4.2 Vollmacht des Versicherungsvertreters

B 4.2.1 Erklärungen von Ihnen

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, von Ihnen abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend

- (1) des Abschlusses bzw. des Widerrufs eines Versicherungsvertrages;
- (2) eines bestehenden Versicherungsverhältnisses einschließlich dessen Beendigung;
- (3) Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.

B 4.2.2 Erklärungen von uns

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Ihnen von uns aus- gefertigte Versicherungsscheine oder deren Nachträge zu übermitteln.

B 4.2.3 Zahlungen an den Versicherungsvertreter

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an ihn leisten, anzunehmen. Eine Beschränkung dieser Vollmacht müssen Sie nur gegen sich gelten lassen, wenn Sie die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannten oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannten.

B 4.3 Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt. Die grob fahrlässige Unkenntnis steht der Kenntnis gleich.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) mit- geteilten Entscheidung beim Anspruchsteller nicht mit.

Im Übrigen richtet sich die Verjährung nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

B 4.4 Örtlich zuständiges Gericht

B 4.4.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Ferner ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie jedoch nach Vertragsschluss Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung, Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

B 4.4.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach Ihrem Sitz, dem Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihrem Wohnsitz; fehlt ein solcher, nach Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt. Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

B 4.5 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

B 4.6 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.





B 4.7 Versicherung für fremde Rechnung

B 4.7.1 Rechte aus dem Vertrag

Sie können den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für das Interesse eines Dritten (Versicherten) schließen. Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag stehen nur Ihnen und nicht auch dem Versicherten zu. Das gilt auch, wenn der Versicherte den Versicherungsschein besitzt.

B 4.7.2 Zahlung der Entschädigung

Wir können vor Zahlung der Entschädigung an Sie den Nachweis verlangen, dass der Versicherte seine Zustimmung dazu erteilt hat. Der Versicherte kann die Zahlung der Entschädigung nur mit Ihrer Zustimmung verlangen.

B 4.7.3 Kenntnis und Verhalten

B 4.7.3.1 Soweit Ihre Kenntnis und Ihr Verhalten des von rechtlicher Bedeutung sind, sind bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen. Soweit der Vertrag Interessen von Ihnen und von dem Versicherten umfasst, müssen Sie sich für Ihr Interesse das Verhalten und die Kenntnis des Versicherten nur zurechnen lassen, wenn der Versicherte Ihr Repräsentant ist.

B 4.7.3.2 Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung von Ihnen nicht möglich oder nicht zumutbar war.

B 4.7.3.3 Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es dagegen an, wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und uns nicht darüber informiert haben.

B 4.8 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

B 4.9 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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





Teil C

Besondere Bedingungen

Nachfolgende Besondere Bedingungen gelten nur, soweit sie ausdrücklich im Versicherungsschein genannt sind.

C 1 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen

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

Der Invaliditätsgrad wird nach A 2.1 und A 3 ermittelt.

Welches der nachfolgenden Progressionsmodelle für Ihren Vertrag gilt, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein oder dem Nachtrag zum Versicherungsschein.

Invaliditätsgrad in %	Progressive Invaliditätsstufen		
	225%	350%	500%
1 - 25	1 - 25	1 - 25	1 - 25
26	27	28	30
27	29	31	35
28	31	34	40
29	33	37	45
30	35	40	50
31	37	43	55
32	39	46	60
33	41	49	65
34	43	52	70
35	45	55	75
36	47	58	80
37	49	61	85
38	51	64	90
39	53	67	95
40	55	70	100
41	57	73	105
42	59	76	110
43	61	79	115
44	63	82	120
45	65	85	125
46	67	88	130
47	69	91	135
48	71	94	140
49	73	97	145
50	75	100	150
51	78	105	157
52	81	110	164
53	84	115	171
54	87	120	178
55	90	125	185
56	93	130	192

57	96	135	199
58	99	140	206
59	102	145	213
60	105	150	220
61	108	155	227
62	111	160	234
63	114	165	241
64	117	170	248
65	120	175	255
66	123	180	262
67	126	185	269
68	129	190	276
69	132	195	283
70	135	200	290
71	138	205	297
72	141	210	304
73	144	215	311
74	147	220	318
75	150	225	325
76	153	230	332
77	156	235	339
78	159	240	346
79	162	245	353
80	165	250	360
81	168	255	367
82	171	260	374
83	174	265	381
84	177	270	388
85	180	275	395
86	183	280	402
87	186	285	409
88	189	290	416
89	192	295	423
90	195	300	430
91	198	305	437
92	201	310	444
93	204	315	451
94	207	320	458
95	210	325	465
96	213	330	472
97	216	335	479
98	219	340	486
99	222	345	493
100	225	350	500





C 2 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

C 2.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach A 2.1 und A 3 ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad ohne Berücksichtigung von progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen von mindestens 50 % geführt.

C 2.2 Höhe der Leistung

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

C 2.3 Beginn und Dauer der Leistung

C 2.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

C 2.3.2 Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach A 8.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

C 3 Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten 100 %

C 3.1 Absatz A 3 wird wie folgt geändert:

Eine Leistungskürzung erfolgt nicht, wenn Krankheiten an der unfallbedingten Gesundheitsschädigung mitgewirkt haben.

Diese Regelung tritt außer Kraft, wenn eine der nachfolgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

- ADS/ADHS
- AIDS (HIV-Infektionen)
- Alkoholsucht
- Autismus (z. B. Asperger Syndrom)
- Blind/Taub/Taubstumm
- Demenz (z. B. Alzheimer)
- Diabetes
- Down-Syndrom (Trisomie 21)
- Epilepsie
- Hämophilie (Bluterkrankheit)
- Hepatitis B oder C
- Herzfehler/-erkrankungen
- Hydrozephalus (Wasserkopf)
- Kinderlähmung
- Maligne Tumoren (z. B. Krebs)
- Manisch-depressive Erkrankungen
- Multiple Sklerose
- Muskelatrophie oder -dystrophie
- Oligophrenie
- Osteogenesis Imperfecta (Glasknochen)
- Osteoporose
- Paget-Krankheit
- Parkinson
- Rauschgiftsucht
- Schizophrenie
- Personen, denen bereits ein GdB ab 50 bestätigt wurde

Sind die durch den Unfall ausgelösten Gesundheitsschäden vollständig auf bestehende Krankheiten zurückzuführen, wird keine Leistung erbracht.

C 3.2 Diese Erweiterung erlischt mit Erreichen der Altersgrenze nach A 5.3.2.

C 4 Besondere Bedingungen für Pro Aktiv

C 4.1 Allgemeine Hinweise

C 4.1.1 Nach einer schweren Unfallverletzung, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führt, ist meist eine spezielle, individuelle Therapie notwendig. Die Krankenkassen übernehmen allerdings nicht jede Therapie oder leisten nur anteilig dafür. Deshalb übernehmen wir vom Arzt empfohlene Therapien gemäß C 4.2 über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

C 4.1.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

C 4.1.3 Die hier genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

C 4.2 Umfang der Leistungen

C 4.2.1 Wir übernehmen für nachfolgende Therapien und Behandlungen, die aufgrund des Versicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 EUR und einer Dauer von bis zu drei Jahren ab dem Unfalltag.

(1) Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung

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

(2) Fachärzte/Spezialisten

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

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

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

C 4.2.2 Für ärztlich empfohlene besondere Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir zusätzlich Kosten bis insgesamt 5.000 EUR je Versicherungsfall. Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 10 % je Therapie oder Behandlungsmethode.

Hierzu zählen:

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

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

(2) Logopädie

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

(3) Akupunktur

Die Akupunktur wird eingesetzt, um ggf. Schmerzfreiheit und Verbesserung behinderter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele





funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhafte Relationsstörungen behandeln lassen.

(4) Chirotherapie

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

(5) Osteopathie

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

(6) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt.

Auch bei Schmerzen und Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkung zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen. Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit verzögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.

(7) Ergotherapie

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

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

(8) Traditionelle chinesische Medizin (TCM)

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

(9) Schmerztherapie

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

(10) Lymphdrainage

Bei der Lymphdrainage handelt es sich um eine besondere Art der Massage, bei der durch eine rhythmische Folge von verschiedenen Spezialgriffen der Abtransport der Lymphe aus dem Körpergewebe gefördert werden soll.

Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.

(11) Enzymtherapie

Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z. B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerinnung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoff-

wechselforgänge beeinflussen, eine therapeutische und vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krankheiten ausgeübt.

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

C 4.3 Geltungsbereich

Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

C 5 Corona-Schutzimpfung

C 5.1 Gesundheitsschäden infolge einer medizinisch notwendigen Corona-Schutzimpfung sind mitversichert.

Nicht versichert gilt eine Infektion durch das Coronavirus.

C 5.2 Voraussetzungen für die Leistung:

- Bei dem verwendeten Impfstoff handelt es sich um einen Impfstoff, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist.
- Die Impfung ist in Deutschland oder einem Land in der Europäischen Union unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.
- Versichert gilt ausschließlich eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung. Die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung wurde vom zuständigen Arzt der versicherten Person gemäß Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt gemeldet und als Impfschaden anerkannt.
- Der Nachweis wurde durch einen objektiven und am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht erbracht.

C 5.3 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von den Regelungen in den jeweils geltenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die impfbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach der Corona-Schutzimpfung eingetreten und innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.





Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“

Besonderheit „Online-Tarif“

Wenn dem beantragten Versicherungsschutz der sogenannte „Online-Tarif“ zugrunde liegt, gilt folgendes:

Dieser Tarif sieht vor, dass der Versicherungsschein und alle sonstigen Dokumente und jede sonstige Korrespondenz an den Antragsteller ausschließlich per E-Mail übersandt wird und zwar an die E-Mail-Adresse, die im Rahmen der Beantragung angegeben wurde. Sie erklären sich damit ausdrücklich einverstanden.

Ebenso sind Sie ausdrücklich damit einverstanden, dass die E-Mail ohne besondere Verschlüsselung (Passwortschutz o.ä.) versandt wird.

Der Antragsteller kann zu jedem späteren Zeitpunkt die Übersendung von Dokumenten zu seinem Versicherungsvertrag bzw. die Führung der Korrespondenz dazu auf dem Postweg verlangen (E-Mail-Widerruf). Sie sind ausdrücklich damit einverstanden, dass dann zur nächsten Beitragsfälligkeit ein Wechsel in den dafür vorgesehenen Tarif erfolgt und ein erhöhter Versicherungsbeitrag fällig wird. Dies gilt sinngemäß auch dann, wenn Sie es versäumen, uns rechtzeitig eine etwaig neue E-Mail-Adresse mitzuteilen und eine Zustellung von E-Mails bzw. Dokumenten an Sie so nicht mehr möglich ist.

Der Antragsteller kann uns den E-Mail-Widerruf oder die Mitteilung einer neuen E-Mail-Adresse per Post, per E-Mail oder per Fax zusenden.

Innovationsklausel/Bedingungsverbesserungen

Wird das dem Vertrag zugrundeliegende Bedingungswerk zur Unfallversicherung optimum (Allgemeine Versicherungsbedingungen, Besondere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen, Zusatzbedingungen und Klauseln und die Leistungsbeschreibung zum Versicherungsschutz) für Neuverträge vom Versicherer geändert, so gilt das neue Bedingungswerk unter folgenden Voraussetzungen automatisch auch für den bestehenden Vertrag:

- das neue Bedingungswerk enthält im Vergleich zum zugrundeliegenden Bedingungswerk ausschließlich Leistungsverbesserungen (das kann z.B. eine Erweiterung des Versicherungsschutzes oder der Wegfall eines Ausschlussgrundes oder einer Obliegenheit sein);
- die im neuen Bedingungswerk enthaltenen Leistungsverbesserungen führen für Neuverträge im Vergleich zum bestehenden Vertrag nicht zu einer nachteiligen Änderung der Tarifierungskriterien oder Berechnungsgrundlage;
- es findet keine Änderung des Risikoträgers statt.

Das neue Bedingungswerk findet auf den bestehenden Vertrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode Anwendung, die auf den Zeitpunkt folgt, zu dem der Versicherer das neue Bedingungswerk für Neuverträge verwendet.

Wechsel des Versicherers

Die degenia Versicherungsdienst AG ist berechtigt, jederzeit, ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers zur nächsten Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages, den Versicherer zu wechseln. Dies ist jedoch nur möglich, bei gleichbleibendem Versicherungsschutz und bei gleichbleibendem Beitrag / gleichbleibendem Beitragssatz.

Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel, mitzuteilen. Der Wechsel des Versicherers eröffnet dem Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Kündigung bei Wohnsitzverlegung ins Ausland

Bei einer endgültigen Wohnsitzverlegung ins Ausland - ohne Beibehaltung eines Wohnsitzes im Inland - kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei der degenia Versicherungsdienst AG wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung der degenia Versicherungsdienst AG wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam.

Vollmachten der degenia Versicherungsdienst AG

- Die Firma degenia Versicherungsdienst AG (im Folgenden degenia genannt) führt die gesamte Vertragsverwaltung für die jeweiligen Versicherer durch.
- Degenia ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazu gehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art (z.B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei degenia eingegangen sind.
- Degenia ist von den Versicherern beauftragt gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.
- Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber der degenia nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte der degenia bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt auch entsprechend für den Fall einer Änderung des Namens des Versicherungsnehmers.

