

Vertragsunterlagen zu Ihrer Unfallversicherung

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen zur Unfallversicherung	Seite 2
Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB)	Seite 5
Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Compact	Seite 15
Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Compact Spar 20 <i>(gelten nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 20
Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Exklusiv Fair Play <i>(gelten nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 21
Klauseln Fair Play <i>(gelten automatisch zu den BBU Exklusiv Fair Play)</i>	Seite 29
Leistungserweiterung Krebserkrankungen <i>(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 30
Leistungserweiterung Krankheit- und Reha-Management <i>(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 31
Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung (BBUSK) <i>(gelten nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 33
Besondere Bedingungen für den Unfall-Schutzbrief <i>(gelten nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)</i>	Seite 34

Erläuterungen zur Unfallversicherung

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und den

- Allgemeinen Vertragsbestimmungen
- Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB)
- vereinbarten Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU)
- vereinbarten Klauseln
- etwaigen besonderen Vereinbarungen, den gesetzlichen sowie den nachfolgenden Bestimmungen

Versicherungsumfang

Die Versicherung erstreckt sich bei berufstätigen Personen auf Unfälle innerhalb und außerhalb des Berufes, bei nicht berufstätigen Personen und Kindern auf Unfälle des täglichen Lebens. Bei Kindern sind außerdem Unfälle bei der Schul- und Berufsausbildung eingeschlossen. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

Tarifvarianten

- **Compact**
- **Compact Spar 20**
Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 20 Prozent besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung.
- **Exklusiv Fair Play**
 - Einschluss der Knochenbruchversicherung - bis zu einer Summe von jeweils 1.000 Euro.
 - Einschluss Wellness-Wochenende für zwei Personen – ab einer drohenden, ärztlich festgestellten Invalidität von 30 Prozent - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis
 - Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall – Wir ermöglichen Ihnen die **freie Krankenhauswahl** unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die **Mehrkosten**, die Ihnen von Ihrer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.
Bis 10 Prozent der Invaliditätssumme / max. 10.000 Euro.
 - Reha Management -- Ab einer Invalidität von 30 Prozent unterstützen wir Sie bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.

Leistungserweiterung Krebserkrankungen

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- **Sofortleistung bei bedingungsgemäß vereinbarten Krebserkrankungen:**
bis 10 Prozent der Invaliditätsleistung max. 15.000 Euro
- **Kosmetische OP nach Brustkrebs**
Krebsbedingte OP mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüsen bis 5.000 Euro

Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung (BBUSK)

(gelten nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Mitversicherte kritische Erkrankungen:

- Krebs
- Chronisches Nierenversagen
- Multiple Sklerose
- Organtransplantationen

Besondere Bedingungen für den Unfall-Schutzbrief

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Mitversicherte Assistance Leistungen:

- Erstgespräch
- Hausnotrufdienst
- Mahlzeitendienst
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden
- Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien
- Pflegeschulung für Angehörige
- Grundpflege
- Pflegeberatung
- Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
- Tag- und Nachtwache
- Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
- Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Leistungserweiterung Krankheit- & Reha-Management

Versicherungssumme 4.500 Euro

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Vertragspartner

Ostangler Brandgilde VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach den Antragsangaben, den gesetzlichen Bestimmungen, den Allgemeinen Vertragsbestimmungen, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sowie den jeweils vereinbarten Besonderen Bedingungen und Klauseln zur Unfallversicherung.

Die maßgeblichen Bedingungen und Klauseln werden dem Antragsteller/der versicherten Person vor Vertragsabschluss zur Verfügung gestellt.

Risikofragen des Versicherungsmaklers

Die vom Versicherungsmakler verwendeten Risikofragen zu gefahrerheblichen Umständen werden als Fragen des Versicherers, Ostangler Brandgilde, anerkannt. Sie stellen somit wichtige Fragen des Versicherers für den Vertragsabschluss dar.

Unterschriften

Der Antrag und etwaige Fragebögen sind vom Antragsteller zu unterschreiben. Bei Anträgen von Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Bei vereinbartem Lastschriftverfahren ist bei Abschluss des Vertrages ein gesondertes SEPA Lastschriftmandat zu unterschreiben.

Geltendes Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsdauer

Der Vertrag wird zunächst für ein Jahr geschlossen. Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine wirksame Kündigung zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens am Tag des Antragseingangs bei der Ostangler Brandgilde.

Zeitpunkt

Anträge dürfen nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn aufgenommen werden.

Eintrittsalter

Kinder und Jugendliche: 0 bis 17 Jahre

Erwachsene: 18 bis 79 Jahre

Ende der Versicherbarkeit

Der Vertrag endet zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 90. Lebensjahres automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Seniorentarif

Zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 75. Lebensjahres erfolgt eine Umstellung auf den Seniorentarif. Wir nehmen anlässlich der Umstellung keine erneute Gesundheitsprüfung vor.

Kindertarif

Kinder und Jugendliche können nach vollendeter Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach dem Kindertarif versichert werden. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und der Erwachsenentarif findet Anwendung. Die Versicherungssummen werden so weit reduziert, dass sich durch Umstellung auf den Erwachsenentarif der Beitrag nicht erhöht.

Beiträge (grundsätzlich besteht Beitragseinzug)

Die Einzelbeiträge, der zu entrichtenden Gesamtbeitrag und die Zahlungsweise ergeben sich aus dem Antrag.

Mindestrate / Mindestbeitrag

40,00 Euro Jahresbeitrag

Gebühren und Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben. Versicherungsvermittler und Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, ihrerseits noch besondere Gebühren oder Kosten zu berechnen.

Zahlungsweise

monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich

Ratenzahlung

halbjährliche Zahlungsweise 3 % auf die jeweilige Rate

vierteljährliche Zahlungsweise 5 % auf die jeweilige Rate

monatliche Zahlungsweise 5 % auf die jeweilige Rate

Unterjährige Beitragszahlungen sind nur mit Erteilung eines Lastschriftmandates möglich.

Dynamik

Bei Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für Bergungskosten, kosmetische Operationen und Kurkostenbeihilfe sowie die anderen in den Besonderen Bedingungen genannten zusätzlichen kostenfreien Leistungen – und die Beiträge jährlich um 2, 3 oder 5 Prozent erhöht.

- Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität 600.000 Euro übersteigt.
- Eine vereinbarte Dynamik entfällt, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität ohne Progression 600.000 Euro übersteigt.

Gefahrengruppeneinteilung

Maßgeblich für die Einstufung ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit bzw. Beschäftigung, nicht der erlernte Beruf.

Männer und Frauen, die sich in der Ausbildung befinden (z.B. Volontäre, Praktikanten, Umschüler, Auszubildende) sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Die Einteilung der Gefahrengruppen A und B erfolgt nach Eingruppierung von GDV-Daten.

Body Mass Index

Die Ostangler behält sich vor, ab einem BMI von 30 einen Zuschlag zu berechnen.

Anfragepflichtige Risiken

- Artisten / Akrobaten
- Antragsteller, die nur ein kurzfristiges Risiko versichern wollen
- Atomrisiken
- Bergführer
- Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler
- Berufstaucher
- Besatzungen von Ölplattformen
- Bewachungspersonal im Personenschutz
- Brückenbauer
- Bobfahrer
- Figuranten
- Flugzeugbesatzungen, Drachenflieger und Personen mit ähnlichen Flughobbys
- Feuerwerker / Pyrotechniker
- Kriegsteilnehmer
- Luftpool-Risiken
- Munition / explosive Stoffe
- Rennfahrer
- Rennreiter
- Rennrodler
- Schiffsbesatzungen
- Sprengpersonal
- Schornsteinfeger
- Stuntman
- Such- und Räumungspersonal
- Tierbändiger und Tierpfleger

Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert, sind dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen (Pflegegrad 3, 4 oder 5) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind möglichst namentlich mit Geburtsdatum zu benennen. Unterbleibt die Benennung, ist bei Unfalltod einer versicherten Person bezugsberechtigt:

- a) der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ablebens verheiratet war;
- b) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen;
- c) die Eltern zu gleichen Teilen;
- d) die Erben zu gleichen Teilen

in der Reihenfolge der Buchstaben unter Ausschluss des jeweils nachfolgenden Berechtigten.

Gesundheitsfragen

- Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Ersatz einer Herzklappe, Bewusstlosigkeit, Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gerinnungsstörungen)
- Erkrankungen des Gehirn- Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Polyneurpathie/Nervenschädigung, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Schlaganfall/Hirnblutung, Bewusstseinsstörung, Durchblutungsstörung des Gehirns, Schwindel mit Sturz)
- Erkrankungen des Skelett-Bewegungsapparates (Osteoporose, Knochenbrüche/Unfälle, Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkrheuma, Wirbelsäule, Morbus Bechterew, Kreuzbandersatz, Meniskusschaden; Gehhilfen erforderlich – Rollator, Stock, Stützen)
- Systemischen Erkrankungen: (Diabetes, Fibromyalgie, Lupus, Krebs, Rheuma, Dialyse, Myasthenia gravis, Organtransplantation, Schlafapnoe/nächtl. Atemaussetzer, chron. Schmerzsyndrom, HIV-Infektion)
- Erkrankungen der Psyche (Psychose, Neurose, Depression, Angstzuständen, Selbsttötungsversuch, Alkohol – Drogen oder sonstiger Suchtmittelerkrankung)
- Erkrankungen der Augen – (Fehlsichtigkeit, Blindheit, grauer Star, grüner Star) Bei Fehlsichtigkeit bitte aktuelle erforderliche Dioptrienzahl angeben

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB)

Sehr geehrtes Mitglied,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet. Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Ostangler Versicherungen

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
 - 1.1 Grundsatz
 - 1.2 Geltungsbereich
 - 1.3 Unfallbegriff
 - 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
 - 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Krankenhaustagegeld
 - 2.4 Todesfallleistung
 - 2.5 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
 - 3.1 Krankheiten und Gebrechen
 - 3.2 Mitwirkung
- 4 Was ist nicht versichert?
 - 4.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 5 Was müssen Sie bei einem Kindertarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
 - 5.1 Umstellung des Kindertarifs
 - 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
 - 5.3 Seniorenklausel

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?
 - 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht
 - 8.2 Fälligkeit der Leistung
 - 8.3 Vorschüsse
 - 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
 - 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 - 9.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 - 9.4 Versicherungsjahr
 - 9.5 automatische Beendigung

Der Versicherungsbeitrag

- 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
 - 10.1 Beitrag und Versicherungssteuer
 - 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag
 - 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
 - 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 - 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
 - 11.1 Fremdversicherung
 - 11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
 - 11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
 - 12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
 - 12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 - 12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
 - 12.4 Anfechtung
 - 12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
 - 13.1 Gesetzliche Verjährung
 - 13.2 Aussetzung der Verjährung
- 14 Welches Gericht ist zuständig?
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 16 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

- 1 **Was ist versichert?**
 - 1.1 **Grundsatz**

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.
 - 1.2 **Geltungsbereich**

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

 - weltweit und
 - rund um die Uhr.
 - 1.3 **Unfallbegriff**

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

 - ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
 - unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 - 1.4 **Erweiterter Unfallbegriff**

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

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

Menisken und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst. Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.
 - 1.5 **Einschränkungen unserer Leistungspflicht**

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 4).
- 2 **Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

 - 2.1 **Invaliditätsleistung**
 - 2.1.1 **Voraussetzungen für die Leistung**
 - 2.1.1.1 **Invalidität**

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

 - die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaftbeeinträchtigt ist.
Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
 - sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
 - eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.
Beispiele: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.
 - 2.1.1.2 **Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität**

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

 - eingetreten und
 - von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 - 2.1.1.3 **Geltendmachung der Invalidität**

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.
Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiele: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

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

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

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

- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.3 Krankenhaustagegeld**
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person
- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
 - unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens einen Tag ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.
- Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung**
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.
 - für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
- 2.4 Todesfalleistung**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.
- 2.4.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.5 Kosten für kosmetische Operationen**
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.
Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.
Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt,
 - nach Abschluss der Heilbehandlung und
 - bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- 2.5.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze**
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
 - für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.
- Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- 2.6.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**
- 3.1 Krankheiten und Gebrechen**
Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.
Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.
Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung
- 3.2 Mitwirkung**
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:
- 3.2.1** Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
 - bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.
- Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.*
- 3.2.2** Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.
- 4 Was ist nicht versichert?**
- 4.1 Ausgeschlossene Unfälle**
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 4.1.1** Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele:

Die versicherte Person

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

Ausnahme:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

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

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

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

Ausnahme:

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

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

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

4.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff 4.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5 Was müssen Sie bei einem Kinder- oder Seniorentarif beachten? Was gilt bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

5.1 Umstellung des Kindertarifs

5.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung um. Wir wenden den zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenentarif an. Sie zahlen den bisherigen Beitrag weiter und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

5.1.2 Über die Umstellung informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie keine Reduzierung der Versicherungssummen wünschen, können für den Vertrag selbstverständlich andere Versicherungssummen und Tarifvarianten vereinbart werden.

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.

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

5.3 Senioren-Klausel

5.3.1 Vollendung des 75. Lebensjahres

Nach Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) eine Vertragsänderung.

Die Grundversicherungssumme wird auf 150.000 Euro reduziert. Sollte dem Vertrag eine Versicherungssumme von weniger als 150.000 Euro zugrunde liegen, bleibt diese unverändert bestehen.

Weiterhin entfällt zu diesem Zeitpunkt die Progression bei der Kapitaleistung.

Der Beitrag wird zur Hauptfälligkeit des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 75. Lebensjahres für die Grundversicherungssumme von maximal 150.000 Euro neu berechnet. Wir ermitteln den Beitrag anhand des aktuellen Tarifs. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag in Höhe von 50 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Wir informieren Sie mindestens zwei Monate vor dem Umstellungstermin. Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

5.3.2 Vollendung des 80. Lebensjahres

Nach Vollendung des 80. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) erneut eine Vertragsänderung.

Der Beitrag wird zur Hauptfälligkeit des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 80. Lebensjahres neu berechnet. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag von 100 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Wir informieren Sie mindestens zwei Monate vor dem Umstellungstermin. Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

5.3.3 Versicherungseintritt nach Vollendung des 75. und vor Vollendung des 80. Lebensjahres

Beginnt der Versicherungsvertrag erst nachdem die versicherte Person bereits das 75., aber noch nicht das 80. Lebensjahr vollendet hat, kann maximal eine Grundversicherungssumme von 150.000 Euro ohne Progression vereinbart werden. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen nach dem aktuellen Tarif erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag von 150 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Nach Vollendung des 80. Lebensjahres erfolgt keine Reduzierung des Zuschlages auf 100 Prozent nach Ziffer 5.3.2.

Der Leistungsfall

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

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

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

- 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.
- 6.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 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 Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.
- 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. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- 6.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 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 die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

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 Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 5 Prozent der versicherten Summe.
- bei Übergangsleistung bis zu 5 Prozent der versicherten Summe.
- bei Krankenhaustagegeld bis zu drei Tagessätze.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 5 Prozent der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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.

8.3 Vorschüsse

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

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

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

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

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

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

9.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

9.5 Automatische Beendigung

Der Vertrag endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zur nächsten Hauptfälligkeit, sobald die versicherte Person das 90. Lebensjahr vollendet hat.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

10.1.2 Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

10.2.3 Rücktritt

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

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 10.3.3).

10.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

Textform stellen.

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

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

12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

12.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 Kündigung

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

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

12.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 10.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

12.4 Anfechtung

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

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

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 12.1. bis 12.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

13 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 Aussetzung der Verjährung

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

14 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

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

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

15.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

15.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Compact

- Gelten automatisch mitversichert

Inhaltsverzeichnis

Erweiterungen zu den AUB

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
2. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten
3. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe
4. Ertrinken und Ersticken
5. Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegungen

B. Erweiterung der Leistungen

6. Gliedertaxe
7. Progressive Invaliditätsstaffel 225 Prozent
8. Progressive Invaliditätsstaffel 350 Prozent
9. Progressive Invaliditätsstaffel 500 Prozent
10. Bergungs- und Transportkosten
11. Kosmetische Operationen
12. Genesungsgeld
13. Nahrungsmittelvergiftungen
14. Infektionen
15. Bewusstseinsstörungen
16. Passives Kriegsrisiko
17. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
18. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
19. Leistungsgarantie gegenüber GDV Bedingungen
20. Künftige Bedingungsverbesserungen
21. Beitragsanpassung
22. Bedingungsanpassung

C. Leistungen speziell für Kinder

23. Rooming-in
24. Vergiftungen

D. Leistungserweiterungen – soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert –

- Leistungserweiterung Krebserkrankungen
- Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern
- Besondere Bedingungen zum Unfall-Schutzbrief
- Leistungserweiterungen Krankheit- und Reha-Management

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB)

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. **Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen** (zu Ziffer 1.3 AUB)
 - 1.1 Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
 - 1.2 Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhe, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
2. **Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten**
 - 2.1 Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.
 - 2.2 Therapie und Druckkammerkosten nach einem Tauchschaaden sind jedoch bis maximal 5.000 Euro mitversichert.
3. **Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe** (zu Ziffer 4.2.5 AUB)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
4. **Ertrinken und Ersticken** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser. Die Entschädigung ist auf 5.000 Euro begrenzt.
5. **Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen** (zu Ziffer 1.4 AUB)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB gelten als Unfall – sofern eine Invalidität als Folge eines Unfalles besteht – auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

 - a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche,
 - b) Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
 - c) Verrenkungen eines Gelenks,
 - d) Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schäden der Bandscheiben.

Die Entschädigung wird ab einem Invaliditätsgrad von mind. 25 Prozent geleistet. Die maximale Entschädigung beträgt 20.000 Euro.

B. Erweiterungen der Leistungen

6. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

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

7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 50 Prozent der Grundversicherungssumme
(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungssein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

10. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.6 AUB)

10.1 Art der Leistungen

- a) Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

- c) Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport (auch Flugrückholung) der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- d) Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- e) Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens sieben Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit – sofern eine drohende Invalidität von 10 Prozent festgestellt und nachgewiesen wird.
- f) Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 Euro.
- g) Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- h) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- i) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

10.2 Höhe der Leistungen

- a) Die unter Ziffer 10.1 aufgeführten Kosten werden bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe gezahlt, maximal jedoch bis 15.000 Euro.
- b) Die unter Ziffer 10.1.c) aufgeführten Flugrückholungskosten werden bis maximal 2.000 Euro erstattet.
- c) Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- d) Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- e) Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

11. Kosmetische Operationen (zu Ziffer 2.5 AUB)

In Ergänzung zu Ziffer 2.5 der AUB leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

11.1 Voraussetzungen für die Leistungen

- 11.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 11.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 11.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

11.2 Art und Höhe der Leistungen

- 11.2.1 Es wird Ersatz für nachgewiesene Leistungen geleistet bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 10.000 Euro.
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- 11.2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 11.2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 11.2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

12. Genesungsgeld

Sofern dies vereinbart ist, zahlen wir Genesungsgeld.

12.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person wird aus der vollstationären oder ambulant chirurgischen Behandlung entlassen und hat Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.3 AUB.

12.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld zahlen wir in vereinbarter Höhe und für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld leisten.

13. Nahrungsmittelvergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert. Die Leistung ist auf maximal 10.000 Euro begrenzt.

14. Infektionen (zu Ziffer 4.2.4 AUB)

Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:

- a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest),
- b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.

Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 14.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

14.3 Als Unfallereignis nach Nr. 14.1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen).

14.4 Als Unfallereignis nach Nr. 14.1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.

14.5 Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.

- 14.6 Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.4 AUB, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.
Die Entschädigung ist auf 50.000 Euro begrenzt.
15. **Bewusstseinsstörungen** (zu Ziffer 4.1.1 AUB)
In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB sind Unfälle aufgrund von Übermüdung und Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, mitversichert:
- bei Trunkenheit jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt
- beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 0,5 Promille liegt.
Unfälle, die durch Drogeneinfluss entstehen, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
Sollte bei Unfällen mit KFZ und Zweirad aufgrund einer Bewusstseinsstörung durch Medikamente auf dem Medikamentenbeipackzettel auf eine Fahruntüchtigkeit hingewiesen worden sein, kürzen wir die Leistung generell um 50 Prozent.
Unfälle nach ambulanten Operationen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
Unfälle aufgrund von Übermüdung und das Einschlafen infolge einer Übermüdung sind versichert.
16. **Passives Kriegsrisiko** (zu Ziffer 4.1.3 AUB)
- 16.1 Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 14. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
- 16.2 Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
- innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
 - bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufhalten dort öffentlich gewarnt worden ist,
 - bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.
Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;
 - durch ABC Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z.B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
17. **Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen** (zu Ziffer 3 AUB)
Abweichend von Ziffer 3 AUB werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 35 Prozent beträgt.
18. **Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)**
- 18.1 Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.
Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
- 18.2 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 18.3 Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
Die Anpassung entfällt, wenn Sie der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
- 18.4 Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
- 18.5 Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.
19. **Leistungsgarantie gegenüber den GDV Bedingungen**
Die Ostangler garantiert, dass die dieser Privaten Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) und Besonderen Bedingungen zur Privat-Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen abweichen.
20. **Künftige Bedingungsverbesserungen**
Werden die diesem Unfallversicherungsprodukt zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.
21. **Beitragsanpassung**
- 21.1 Der Tarifbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation von Versicherungssummen und dem jeweiligen Beitragssatz für die einzelne Risikoart. Der Beitragssatz errechnet sich aus Grundbeitragssatz und Zuschlägen oder Nachlässen für besondere Gefahrenverhältnisse. Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten und Gewinnansatz kalkuliert.
Bei der Neukalkulation des Beitragssatzes für bestehende Beiträge ist der Schadenbedarf einer ausreichend großen Anzahl gleichartiger Risiken, die Gegenstand dieser Versicherung sind, und die voraussichtliche künftige Entwicklung des individuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen. Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes erforderlich ist, so wird mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge der Tarifbeitrag um den Prozentsatz erhöht, um den der aufgrund der Neukalkulation ermittelte Schadenbedarf vom bisher kalkulierten abweicht – maximal jedoch um 20 Prozent.
Der Änderungsprozentsatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.
Obergrenze für eine Beitragserhöhung ist der Tarifbeitrag für vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft.
- 21.2 Erhöht sich der Beitrag aufgrund Nr. 21.1, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung schriftlich kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Sie können auch die Umstellung des Vertrages auf Neugeschäftstarif und -bedingungen verlangen. Beitragssenkung gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragsanpassung auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

22. Bedingungsanpassung

22.1 Wenn eine Bestimmung in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (Klausel)

- durch höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt worden ist, dann sind wir berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzung der folgenden Absätze vorliegen.

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

22.3 Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.

22.4 Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und Ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn Ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

22.5 Unter den oben genannten Voraussetzungen haben wir eine Anpassungsbefugnis für im Wesentlichen inhaltsgleiche Klauseln auch dann, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Klauseln anderer Versicherer richten.

22.6 Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern.

Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Wir können innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

C. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

23. Rooming-in (zu Ziffer 2 AUB)

23.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro gezahlt.

23.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten, höchstens 50 Euro je Übernachtung, gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

23.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

23.4 Der unter Ziffer 23.1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

24. Vergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Compact Spar 20

- **gelten nur sofern vereinbart und dokumentiert**

Es gelten die BBU Compact.

Abweichend von Ziffer 2.1.1 der AUB ist Voraussetzung für eine Invaliditätsleistung der Eintritt einer Invalidität mit einem Grad von mindestens 20 Prozent.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) Exklusiv Fair Play

- Gelten nur soweit ausdrücklich vereinbart
-

Inhaltsverzeichnis

Erweiterungen zu den AUB

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
2. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten
3. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe
4. Ertrinken und Ersticken
5. Erfrieren
6. Flüssigkeits- Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug
7. Sonnenbrand oder Sonnenstich
8. Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegungen
9. Herzinfarkt und Schlaganfall
10. Geltendmachung der Invalidität und ärztliche Feststellung

B. Erweiterung der Leistungen

11. verbesserte Gliedertaxe
12. Progressive Invaliditätsstaffel 225 Prozent
13. Progressive Invaliditätsstaffel 350 Prozent
14. Progressive Invaliditätsstaffel 500 Prozent
15. Todesfallleistung bei Verschollenheit
16. Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile
17. Bergungs- und Transportkosten
18. Kurkostenbeihilfe
19. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen
20. Reparatur von Prothesen
21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz
22. Sofortleistung bei schweren Verletzungen
23. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
24. Komageld
25. Pflegegeld
26. Vorschussleistungen
27. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
28. Infektionen
29. Bewusstseinsstörungen
30. Nicht oder falsch eingenommene Medikamente infolge Entführung
31. Fahrtveranstaltungen
32. Psychische Erkrankungen durch Unfall
33. Passives Kriegsrisiko
34. Wehrdienst / Zivildienst
35. Strahlenschäden
36. Nahrungsmittelvergiftungen
37. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
38. Meldefrist bei Unfalltod
39. Versehensklausel Anzeige Unfallschaden
40. Versehensklausel bei Berufswechsel
41. Verdienstaussfall
42. Arbeitslosigkeit
43. Arbeitsunfähigkeit
44. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebenspartnerschaft
45. Neufeststellung der Invalidität
46. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
47. Leistungsgarantie gegenüber GDV Bedingungen
48. Künftige Bedingungsverbesserungen
49. Beitragsanpassung
50. Bedingungsanpassung

C. Leistungen speziell für Kinder

51. Rooming-in
52. Unfälle beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern
53. Vergiftungen
54. Nachhilfeunterricht
55. Vorsorgeversicherung für Neugeborene
56. Vorsorgeversicherung für adoptierte Kinder

D. Leistungserweiterungen – soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert –

- Klauseln Fair Play - gelten in den BBU Exklusiv Fair Play automatisch mitversichert
- Leistungserweiterung Krebserkrankungen
- Leistungserweiterung Krankheits- und Reha-Management
- Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern
- Besondere Bedingungen für den Unfall Schutzbrief

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB)

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. **Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen** (zu Ziffer 1.3 AUB)
 - 1.1 Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
 - 1.2 Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhe, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
2. **Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten**
 - 2.1 Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.
 - 2.2 Therapie und Druckkammerkosten nach einem Tauchschaden sind jedoch bis maximal 10.000 Euro mitversichert.
3. **Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe** (zu Ziffer 4.2.5 AUB)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
4. **Ertrinken und Ersticken** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
5. **Erfrieren** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
6. **Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.
7. **Sonnenbrand oder Sonnenstich** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches, sofern ein Invaliditätsgrad von mind. 5 Prozent nachgewiesen werden kann.
8. **Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen** (zu Ziffer 1.4 AUB)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB gelten als Unfall – sofern eine Invalidität als Folge eines Unfalles besteht – auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

 - a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche,
 - b) Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
 - c) Verrenkungen eines Gelenks,
 - d) Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schäden an den Bandscheiben
9. **Herzinfarkt und Schlaganfall** (zu Ziffer 1.3 AUB)

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall, gemäß Ziffer 1.3 AUB, auftreten.
10. **Geltendmachung der Invalidität und ärztliche Feststellung** (zu Ziffer 2.1.1.2 AUB)
 - 10.1 Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten eingetreten sein.
 - 10.2 Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 AUB auf 30 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen

11. **Gliedertaxe** (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert.

Arm	75 %
Arm unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	15 %
Bein bis mindestens zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	55 %
große Zehe	13 %
andere Zehe	8 %
Auge	55 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Lungenflügel	50 %

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent der Grundversicherungssumme
(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent der Grundversicherungssumme
(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent der Grundversicherungssumme
(zu Ziffer 2.1.2 AUB und Ziffer 3 AUB)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

15. Todesfalleistungen Verschollenheit (zu Ziffer 2.4 AUB)

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

Die Leistungen sind begrenzt auf eine Todesfallsumme von maximal 30.000 Euro.

16. Todesfalleistungen bei Tod beider Elternteile (zu Ziffer 2.4 AUB)

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

Die Leistungen sind begrenzt auf eine Todesfallsumme von maximal 100.000 Euro.

17. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.6 AUB)

17.1 Art der Leistungen

- Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport (auch Flugrückholung) der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens sieben Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit – sofern eine drohende Invalidität von 10 Prozent festgestellt und nachgewiesen wird.
- Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 Euro.
- Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 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.

17.2 Höhe der Leistungen

- Die unter Ziffer 17.1 aufgeführten Kosten werden bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe gezahlt, maximal jedoch bis 30.000 Euro.
- Die unter Ziffer 17.1.c) aufgeführten Flugrückholungskosten werden bis maximal 5.000 Euro erstattet.
- Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18. Kurkostenbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB)

18.1 Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB eine Kurkostenbeihilfe bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 30.000 Euro.

Wenn die versicherte Person

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- eine medizinisch notwendige Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat.

18.2 Die Kurkosten zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen

18.3 Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

- 18.4 Maßnahmen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund stehen, gelten nicht als Kur.
- 18.5 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 18.6 Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
- 18.7 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 18.8 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 19. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB)**
- 19.1 Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) erforderlich sind:
- behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person - maximal bis 30.000 Euro
 - behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung - maximal bis 30.000 Euro
 - Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl) – maximal bis 10.000 Euro
 - Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen – maximal bis 10.000 Euro
 - Anschaffung eines Blindenhundes – maximal bis 10.000 Euro
 - künstliche Organe, Organtransplantation – maximal bis 10.000 Euro
 - Umgestaltung des Arbeitsplatzes – maximal bis 10.000 Euro
- 19.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 19.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 19.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 20. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?**
- Falls infolge eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.3 AUB Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- 21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz (zu Ziffer 2.5 AUB)**
- In Ergänzung zu Ziffer 2.5 der AUB leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.
- 21.1 Voraussetzungen für die Leistungen
- 21.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 21.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres
- 21.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 21.2 Art und Höhe der Leistungen
- 21.2.1 Es wird Ersatz für nachgewiesene Leistungen geleistet bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 30.000 Euro.
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.
- 21.2.2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 21.2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 21.2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 22. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2.2 AUB)**
- Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation einer Hand oder eines Fußes
 - Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
 - Erbblindung auf beiden Augen
 - Kombination von mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebeerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens
 - Wirbelkörperbruch
 - Beckenringbruch
- Die Übergangsleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.
- 23. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld (zu Ziffer 2.3 AUB)**
- 23.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
- 23.2 Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Anspruch auf Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist. Im Übrigen begründen Aufenthalte in Rehabilitationskliniken keinen Anspruch auf die Leistung von Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld.
- 23.3 Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

- 24. Komageld**
Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches) zahlen wir das Komageld für maximal 180 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 25 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person sich in einem Koma befindet.
- 25. Pflegegeld**
Erreicht die versicherte Person infolge eines Unfalles die Pflegegrad 2, zahlen wir ein Pflegegeld für maximal 540 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 10 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch XI ist und die Pflegebedürftigkeit durch einen medizinischen Dienst entschieden ist.
- 26. Vorschussleistungen (zu Ziffer 8.3 AUB)**
26.1 In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist.
26.2 Die Leistungen sind begrenzt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall.
- 27. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB)**
Abweichend von Ziffer 3 AUB werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 75 Prozent beträgt.
- 28. Infektionen (zu Ziffer 4.2.4 AUB)**
28.1 Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest),
b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.
Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht auch für Infektionen, die bereits vor Vertragsabschluss bestanden. Dies jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.
28.2 Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 28.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
28.3 Als Unfallereignis nach Nr. 28.1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen).
28.4 Als Unfallereignis nach Nr. 28.1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.
28.5 Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.
28.6 Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.4 AUB, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.
- 29. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB)**
29.1 In Abänderung von Ziffer 4.1.1. AUB sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder der Einnahme von Medikamenten verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille liegt.
29.2 Ergänzend zu Ziffer 4.1.1 AUB gelten Unfälle verursacht durch Herzinfarkt, Schlaganfall, Zuckerschock, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle als mitversichert.
29.3 Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
29.4 In Ergänzung zu Absatz 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 30. Nicht oder falsch verabreichte Medikamente Entführung/Geiselnahme (zu Ziffer 1.3 AUB)**
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB) vorgenommen wird.
- 31. Fahrtveranstaltungen (zu Ziffer 4.1.5 AUB)**
In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse als mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
- 32. Psychische Erkrankungen durch Unfall (zu Ziffer 4.2.6 AUB)**
32.1 Für die Folgen psychischer oder nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
32.2 Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund Überfall, Geiselnahme oder Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades auftreten, übernehmen wir die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.
32.3 Die Leistungen sind maximiert auf 30.000 Euro je Versicherungsfall.
- 33. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB)**
33.1 Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 14. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
33.2 Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist,
c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.
Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;
d) durch ABC Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z.B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
- 34. Wehrdienst / Zivildienst / Bundesfreiwilligendienst**
Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

- 35. Strahlenschäden** (zu Ziffer 4.2.2 AUB)
In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB sind Gesundheitsschäden durch
- Röntgenstrahlen
 - Laserstrahlen
 - Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle)
 - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt
- mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.
- 36. Nahrungsmittelvergiftungen** (zu Ziffer 4.2.5 AUB)
Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.
- 37. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen** (zu Ziffer 6.1 AUB)
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 38. Meldefrist bei Unfalltod** (zu Ziffer 6.5 AUB)
Abweichend von Ziffer 6.5 AUB beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
- 39. Versehensklausel** (zu Ziffer 6 AUB)
Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte oder Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.
- 40. Versehensklausel bei Berufswechsel** (zu Ziffer 5.2 AUB)
Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Beitragsrechnung bzw. –berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.
- 41. Verdienstaustausch** (zu Ziffer 6.3 AUB)
Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaustausch nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahresbruttobeitrags, höchstens jedoch 1.500 Euro je Unfallereignis, erstattet.
- 42. Arbeitslosigkeit** (zu Ziffer 9 AUB)
Ergänzend zu Ziffer 9 AUB gilt Folgendes als vereinbart:
- Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
 - Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
 - Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung länger als drei Jahre dauert.
- 43. Arbeitsunfähigkeit** (zu Ziffer 9 AUB)
Ergänzend zu Ziffer 9 AUB gilt Folgendes als vereinbart:
- Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitsunfähig, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit bei uns eingereicht haben.
 - Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
 - Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung länger als drei Jahre dauert.
- 44. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebenspartnerschaft**
Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte / der Lebenspartner für die Dauer von drei Monaten ab der Heirat beitragsfrei mit
- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
 - 10.000 Euro für den Todesfall
- mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/ Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht.
- 45. Neufeststellung der Invalidität** (zu Ziffer 8.4. AUB)
- Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
 - zwei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns
 - drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie,
 - fünf Jahre nach dem Unfall, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
 - Das Verlangen einer Neubemessung können
 - Sie vor Ablauf der Frist nach 45.1
 - wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.4 AUB aussprechen.
- 46. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)**
Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.
Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
Die Anpassung entfällt, wenn Sie der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

47. **Leistungsgarantie gegenüber den GDV Bedingungen**

Die Ostangler garantiert, dass die dieser Privaten Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) und Besonderen Bedingungen zur Privat-Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen abweichen.

48. **Künftige Bedingungsverbesserungen**

Werden die diesem Unfallversicherungsprodukt zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

49. **Beitragsanpassung**

49.1 Der Tarifbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation von Versicherungssummen und dem jeweiligen Beitragssatz für die einzelne Risikoart. Der Beitragssatz errechnet sich aus Grundbeitragssatz und Zuschlägen oder Nachlässen für besondere Gefahrenverhältnisse. Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten und Gewinnansatz kalkuliert.

Bei der Neukalkulation des Beitragssatzes für bestehende Beiträge ist der Schadenbedarf einer ausreichend großen Anzahl gleichartiger Risiken, die Gegenstand dieser Versicherung sind, und die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen. Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes erforderlich ist, so wird mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge der Tarifbeitrag um den Prozentsatz erhöht, um den der aufgrund der Neukalkulation ermittelte Schadenbedarf vom bisher kalkulierten abweicht – maximal jedoch um 20 Prozent. Der Änderungsprozentsatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.

Obergrenze für eine Beitragserhöhung ist der Tarifbeitrag für vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft.

49.2 Erhöht sich der Beitrag aufgrund Nr. 1, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung schriftlich kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Sie können auch die Umstellung des Vertrages auf Neugeschäftstarif und -bedingungen verlangen. Beitragssenkung gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragsanpassung auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

50. **Bedingungsanpassung**

Wenn eine Bestimmung in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (Klausel)

- durch höchstrichterliche Entscheidung oder
- durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt worden ist, dann sind wir berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzung der folgenden Absätze vorliegen.

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

Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.

Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessen und Ihnen typische Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn Ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

Unter den oben genannten Voraussetzungen haben wir eine Anpassungsbefugnis für im Wesentlichen inhaltsgleiche Klauseln auch dann, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Klauseln anderer Versicherer richten.

Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern.

Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruches. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Wir können innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

C. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

51. **Rooming-in** (zu Ziffer 2 AUB)

51.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro gezahlt.

51.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten, höchstens 50 Euro je Übernachtung, gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

51.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

51.4 Der unter Ziffer 51.1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

52. **Selbstgebaute Feuerwerkskörper** (zu Ziffer 4.1.2 AUB)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB ist bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörpern entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

53. **Vergiftungen** (zu Ziffer 4.2.5 AUB)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

54. **Nachhilfeunterricht** (zu Ziffer 2 AUB)

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 Euro pro ausgefallenen Schultag.

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeldleistung erstattet.

Die Erstattung ist insgesamt auf 2.000 Euro begrenzt.

55. **Vorsorgeversicherung für Neugeborene** (zu Ziffer 9.1 AUB)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB gilt Folgendes als vereinbart:

Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 50.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 Euro Todesfallleistung bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert.

Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

56. **Vorsorgeversicherung für adoptierte Kinder** (zu Ziffer 9.1 AUB)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB gilt Folgendes als vereinbart:

Von Ihnen während der Vertragsdauer adoptierte Kinder sind ab der Annahme als Kind mit 50.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 Euro Todesfalleistung bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert.

Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

D. Leistungserweiterungen – soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert -

Klauseln FAIR PLAY

- Gelten in den BBU Exklusiv Fair Play automatisch mitversichert

Leistungen bei Knochenbruch *	Fraktur des Schädeldaches und der Schädelbasis	1.000 Euro
	Fraktur der Wirbelsäule ohne Angabe einer Rückenmarkschädigung	1.000 Euro
	Fraktur der Wirbelsäule mit Rückenmarkschädigung	1.000 Euro
	Beckenbruch	1.000 Euro
	Fraktur des Oberarmes (Humerus)	1.000 Euro
	Fraktur des Unterarmes (Radius und Ulna)	1.000 Euro
	Fraktur des Oberschenkels (Femur)	1.000 Euro
	Fraktur des Unterschenkels (Tibia, Fibula)	1.000 Euro
Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall	Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten , die Ihnen von Ihrer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.	10 Prozent der Invaliditätssumme max. 10.000 Euro
Reha Management	Ab einer Invalidität von 30 Prozent unterstützen wir Sie zusammen mit unserem Rückversicherer, bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.	
Leistung Wellness	Wellnesswochenende für zwei Personen Ab einer drohenden - ärztlich festgestellten - Invalidität von 30 Prozent innerhalb von drei Jahren nach Unfallereignis	bis 1.000 Euro

* Ein Knochenbruch/ eine Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Krafteinwirkung. Bei mehreren Brüchen ist die Entschädigung auf 1.000 Euro begrenzt.

Leistungserweiterung Krebserkrankungen

- Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart

Sofortleistung bei Krebserkrankungen (zu Ziffer 2 AUB)

Art und Höhe der Leistung:

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 Euro, fällig, wenn die versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

- a) Brustkrebs
- b) Hodenkrebs
- c) Bösartiger Gehirntumor
- d) Gebärmutterhalskrebs
- e) Eierstockkrebs

Die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen kann nicht ausgezahlt werden, wenn eine der genannten Krebserkrankungen innerhalb von 12 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird oder bei Antragsstellung bereits bestanden hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen.

Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistungen.

Definition mitversicherter Krebserkrankungen

Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumoren manifestiert, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. Ausgeschlossen sind folgende Formen des Krebses bzw. dessen Vorstufen:

- a) alle Tumore, die histologisch als prä maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- b) alle CIN-Stadien (cervikale intraepitheliale Neoplasie)
- c) alle Carcinomata in situ
- d) Basalzell- und Spindelzellkarzinome
- e) Jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV Infektion

Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüsen unterziehen. Die krebisbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Kosmetiker.

Die Leistungen sind auf insgesamt 5.000 Euro für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind, begrenzt. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis max. 10 Prozent der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistungspflicht verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird;
- Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden;

Leistungserweiterung Krankheit- und Reha-Management

- Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart

1. Rehabilitationserstgespräch
 - 1.1 Voraussetzung für die Leistung
 - 1.2 besondere Leistungen
 - 1.2.1 bei Tod des Versicherungsnehmers
 - 1.2.2 betriebliches Eingliederungsmanagement BEM (§ 84 Abs. 2, SGB IX)
 - 1.3 Umfang der Leistung
 - 1.4 persönliche Betreuung und medizinische Erstberatung
2. Rehabilitationsmanagement
 - 2.1 Voraussetzung für die Leistung
 - 2.2 Art und Höhe der Leistung
 - 2.3 Beginn und Dauer der Leistung
 - 2.4 Obliegenheiten
 - 2.5 Umfang der Leistung
 - 2.5.1 persönliche Beratung
 - 2.5.2 medizinische Reha-Beratung
 - 2.5.3 Hilfsmittelversorgung
 - 2.5.4 Mobilitätssicherung
 - 2.5.5 Wohnungsberatung
 - 2.5.6 berufliche Reha-Beratung
 - 2.5.7 Pflegeberatung

Ergänzend zu Ziffer 2 der allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) leisten wir wie folgt:

1. Rehabilitationserstgespräch

1.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent führt. Dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Anspruch auf ein Beratungsgespräch besteht ebenfalls, wenn eine Erkrankung oder ein Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen oder mehr führt.

Die Höhe des Invaliditätsgrades wird nach Ziffer 2.1.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2 AUB ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 besondere Leistungen

1.2.1 Beratung der Hinterbliebenen

Im Todesfall der versicherten Person beraten wir die Angehörigen bei Behördengängen. Wir erstellen einen „Fahrplan“, der alle zu erledigenden Dinge aufführt.

weiterführende Maßnahmen:

- Begleitung bei Traumafehlverarbeitung
- Sicherung der schulischen und beruflichen Ausbildung
- Sicherung des Arbeitsplatzes
- Suche nach einem neuen Arbeitsplatz
- Unterstützung bei Rückkehr in das Erwerbsleben
- Neuorganisation von Kinder- oder Pflegebetreuung von weiteren im Haushalt lebenden Angehörigen

Alle unsere Maßnahmen erfolgen dabei unter Wahrung des Datenschutzes; Schweigepflicht- und Datenschutzentbindungserklärungen werden von uns eingeholt.

1.2.2 Eine Beratung nach 1.2.1 kann auch erfolgen, wenn der Versicherte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen nach einem Unfall oder einer Erkrankung ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist (§ 84 Abs. 2, SGB IX).

1.3 Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder der Schweiz erbracht.

1.4 persönliche Betreuung und medizinische Erstberatung

Nach den in 1.1 und 1.3 benannten Voraussetzungen werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Medizinern beziehungsweise Therapeuten und/ oder Arbeitgeber – entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person erstellen. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird insbesondere geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der Vorschriften der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne des SGB VII werden nicht übernommen.

Es erfolgt jedoch eine Absprache und Empfehlung welche Maßnahmen der gesetzliche Unfallversicherungsträger übernehmen kann. Nach Abschluss einer stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Medizinern beziehungsweise Therapeuten.

Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an Sozialversicherungsträger (zum Beispiel die zuständige Krankenversicherung) und an die Pflegekasse beziehungsweise den gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit entstehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2. Rehabilitationsmanagement

2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent führt; dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt.

Die Höhe des Invaliditätsgrades wird nach Ziffer 2.1.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2 der AUB ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Sie haben Anspruch auf die Leistung nach Ziffer 2.5. Die darin genannten Kosten übernehmen wir bis zur vereinbarten Versicherungssumme (4.500 Euro), soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einem Sozial- oder Sozialversicherungsträger oder einem anderen Leistungsträger aus der privaten Versicherungswirtschaft übernommen wird. Die Verteilung des Gesamtbeitrages auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung unseres Beraters.

2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.5 werden längstens für die Dauer von 3 Jahren nach dem Unfall erbracht. Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 25 Prozent gesunken ist. Eine Rückerstattung der gezahlten Leistung ist nicht erforderlich.

2.4 Obliegenheiten

In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistung nach Ziffer 2.5 notwendig werden, uns oder den von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

2.5 Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz erbracht.

2.5.1 persönliche Beratung

Nach dem Unfall werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person beziehungsweise deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, den wir zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha- oder Pflegeeinrichtung durchführen, wird mit der verletzten, versicherten Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Mediziner die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung vermittelt.

Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Mediziner und Therapeuten. Wir bieten ferner eine Unterstützung bei Anträgen an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger an.

2.5.2 medizinische Reha-Beratung

Nach dem Unfall oder dem Eintritt der Voraussetzungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Mediziner und weiteren in der Heilbehandlung eingebundenen Personen auf um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherungsträger besteht. Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen wir, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.3 Hilfsmittelversorgung

Wir klären den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickeln mit der versicherten Person, den Mediziner und Therapeuten ein Versorgungskonzept, welches mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme vereinbart. Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.

Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.4 Mobilitätssicherung

Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität beraten wir bei Bedarf über Umbaumaßnahmen eines Kraftfahrzeuges der versicherten Person. Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters einmalig die Kosten für die behindertengerechte Gestaltung des eigenen Kraftfahrzeuges soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn sie sich alternativ ein vergleichbares behindertengerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen.

Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen, ist sie aber in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Fahrzeug angewiesen oder zumindest nicht in der Lage das eigene Kraftfahrzeug zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.5 Wohnungsberatung

Ist in Folge des Unfalls eine dauerhafte Nutzung des bisherigen Wohnraumes beziehungsweise Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten so beraten wir bei der Umgestaltung des Wohnraums beziehungsweise des Eigentums oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behindertengerechten, barrierefreien Gestaltung des Wohnumfeldes, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.6 berufliche Reha-Beratung

Wir beraten und unterstützen die versicherte Person bei der Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

Wir bieten der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach einer anderen Tätigkeit im Unternehmen.

Wir begleiten die versicherte Person kontinuierlich während der Einarbeitungs- und Neuorientierungsphase.

Wir übernehmen die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.7 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, den Mediziner, den Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung (BBUSK)

- Gelten nur soweit ausdrücklich vereinbart

1. Eingangsbestimmungen

Grundlage für diese Zusatzversicherung sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (weiter nur „AUB“), die Besonderen Bedingungen Fair Play sowie die nachfolgenden Besonderen Versicherungsbedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung (weiter nur „BBUSK“).

2. Umfang der Versicherung

- 2.1 Die Versicherung kann nicht vor dem vollendeten sechsten Lebensmonat der versicherten Person abgeschlossen werden.
- 2.2 Die Versicherung kann bis zum vollendeten 17. Lebensjahr der versicherten Person abgeschlossen werden.
- 2.3 Die Versicherung endet automatisch mit vollendetem 18. Lebensjahr der versicherten Person.
- 2.4 Die Versicherungssumme beträgt 10.000 Euro, 20.000 Euro oder 30.000 Euro je nach Vereinbarung (höchstens jedoch 100 Prozent der Invaliditäts-Versicherungsgrundsomme der zugrundeliegenden Unfallversicherung).
- 2.5 Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages eintretenden kritischen Erkrankungen. Diese sind in Ziffer 7 („BBUSK“) definiert. Wir leisten nicht in den in Ziffer 4 BBUSK beschriebenen Fällen.

3. Versicherungsfall

- 3.1 Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Vorliegen einer unter Ziffer 7 BBUSK definierten Erkrankung, deren Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt.
- 3.2 Nach erfolgtem, unter Ziffer 7 BBUSK genannten medizinischen Eingriff wird die vereinbarte Versicherungssumme fällig, wenn die versicherte Person diesen Eingriff 14 Tage überlebt.

4. Versicherungsausschlüsse

- 4.1 Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Erkrankung verstirbt oder innerhalb von 14 Tagen nach dem medizinischen Eingriff verstirbt.
- 4.2 Ebenfalls kein Anspruch auf Leistung besteht für die auf dem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse.

5. Erlöschen der Versicherung

- 5.1 Diese Zusatzversicherung erlischt, sobald eine Leistung nach Ziffer 7 BBUSK erfolgt ist, zum Zeitpunkt der endgültigen Diagnose bzw. dem Tag nach erfolgtem medizinischem Eingriff.
- 5.2 Die Zusatzversicherung erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das Alter von 18 Jahren erreicht hat oder durch den Tod der versicherten Person.
- 5.3 Die Zusatzversicherung endet bei Beendigung der Hauptversicherung.

6. Allgemeine Hinweise

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte im Sinne der Versicherungsbedingungen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen. Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

7. Versicherte kritische Krankheiten und medizinische Eingriffe

7.1 Krebs

Krebs ist ein bösartiger Tumor, der sich durch unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in umliegendes gesundes Gewebe und dessen Zerstörung und / oder Metastasenbildung auszeichnet. Hierzu zählen auch Leukämien (mit Ausnahme einiger spezieller Formen - siehe „Ausschlüsse“), bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome) und Morbus Hodgkin. Maligne Melanome sind, sofern sie größer oder gleich pT2 (internationale TNM Klassifikation) bzw. Clark Level III bzw. Breslow > 0,75mm sind, im Versicherungsumfang enthalten.
Anmerkung: Als Tag der Diagnosestellung gilt der Tag des Erhalts der gesicherten Diagnose der histopathologischen Untersuchung.

7.1.1 Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind:

- Benigne oder präkanzeröse Tumore
Benigne gutartige Tumore und präkanzeröse Tumore = Vorstadium eines bösartigen Tumores - kann bösartig werden
- Nicht-invasive Tumore und Tumore in situ (Tis*)
-invasiv = nicht in die Umgebung eindringlich
In situ bedeutet örtlich begrenzt auch nicht streuend
- Zervixdysplasie CIN I-III
Vorstufe des Gebärmutterhalskrebs 1. Stufe
- Harnblasenkarzinom Stadium Ta*
Ta bedeutet nicht invasiv, also nicht eindringend in die Umgebung
- Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)
Diese Erkrankung wird trotz ihres Namens heute allerdings nicht mehr zu Leukämien gezählt sondern zu den Lymphomen (non-hodgkin-lymphom)
- Alle Hauttumore, die in der Definition nicht ausdrücklich eingeschlossen sind
- Alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS Erkrankung
- Prostatakarzinom Stadium T1*
Unter 2 cm Größe

* Entsprechend der internationalen TNM Klassifikation

7.2 Chronisches Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, das eine regelmäßige Blutwäsche (Dialysebehandlung) oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Nephrologie bestätigt werden.

7.3 Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Facharzt für Neurologie, wobei mindestens mäßiggradige dauerhafte neurologische Störungen und assoziierte Störungen vorliegen. Es müssen typische Symptome der Demyelinisierung und eine Behinderung der motorischen und sensorischen Funktion vorliegen. Die Diagnose muss durch geeignete bildgebende Verfahren gesichert sein.

Die ärztlich dokumentierten neurologischen Ausfälle müssen während einer Periode von mindestens sechs Monaten angedauert haben oder es müssen mindestens zwei weitere Schübe fachärztlich dokumentiert sein.

7.4 Organtransplantation

Durchführung einer Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Knochenmark oder Bauchspeicheldrüse, wobei der Versicherte der Empfänger ist. Geleistet wird auch, wenn der Versicherte in eine offizielle Warteliste für den Erhalt eines solchen Transplantats aufgenommen wird.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind:

- Transplantation aufgrund der Teilnahme des Versicherten als Spender in einem Lebendspende-Programm (Niere, Leber, Knochenmark usw.)
- Die selektive Transplantation von Langerhansschen Zellen der Bauchspeicheldrüse

8. Aus der Versicherung ausgeschlossene Personen

8.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Erkrankung nach Ziffer 7.1.1 und 7.4 BBUSK vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Erkrankung festgestellt wurde, die bereits wegen einer solchen ärztlich behandelt wurde oder ein unter Artikel 7 BBUSK medizinischer Eingriff angeraten, geplant etc. war.

8.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald festgestellt wird, dass die versicherte Person nach Ziffer 8.1 BBUSK nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Zusatzversicherung.

8.3 Beruht unsere Unkenntnis über die Versicherungsunfähigkeit auf einer schuldhaften Obliegenheitsverletzung von Ihnen, verfallen die bereits gezahlten Versicherungsbeiträge. Trifft Sie jedoch an der Obliegenheitsverletzung kein Verschulden, oder haben Sie die Obliegenheitsverletzung nur fahrlässig begangen, erhalten Sie die Versicherungsbeiträge rückwirkend ab Vertragsbeginn zurück.

9. Wartezeit

Es wird keine Wartezeit vereinbart.

10. Pflichten des Versicherten, wenn ein Leistungsfall eintritt

10.1 Die Diagnose muss durch den für die entsprechende kritische Erkrankung zuständigen Facharzt und ggf. den Operationsbericht nachgewiesen werden.

10.2 Sie müssen Ihren Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme für kritische Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten nach erstmaliger ärztlicher Feststellung schriftlich und in deutscher Sprache bei uns geltend machen. Ihrem Antrag muss ein von dem entsprechenden Facharzt aus der EU ausgestellter Bericht über den Eintritt der Erkrankung beigefügt sein.

10.3 Erhobene Befunde und sonstige Nachweise sind uns im Original zu überlassen.

11. Bezugsberechtigte Person

Die bezugsberechtigte Person ist der Versicherungsnehmer der zugrunde liegenden Unfallversicherung.

12. Beitragskalkulation

Eine mehrjährige Beitragsgarantie wird nicht angeboten. Die Beiträge werden zusammen mit der zugrunde liegenden Unfallversicherung erhoben. Dieser Tarif ist nicht überschussberechtigt.

Besondere Bedingungen für den Unfall-Schutzbrief

- Gelten nur, sofern ausdrücklich vereinbart

1. Was ist versichert?

Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

- 2.1 Voraussetzungen für die Leistung
- 2.2 Bedarfsermittlung und Umfang für die Leistung
- 2.3 Mitwirkung von Krankheiten

3. Welche Leistungen sind versichert?

- 3.1 Hilfsleistungen
- 3.2 Organisation von weiteren Hilfsleistungen
- 3.3 Pflegeleistungen und Beratung

4. Welche Kosten werden erstattet?

5. Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

6. Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

- 6.1 Voraussetzungen für die Leistung
- 6.2 Umfang der Leistung
- 6.3 Dauer der Leistung

7. Regelungen für Personen mit vor dem Unfall anerkannter Pflegestufe

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

9. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

10. Beitragskalkulation

1. Was ist versichert?

- 1.1 Führt ein nach den AUB oder den vereinbarten BBU Compact bzw. Exklusiv Fair Play versicherter Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
- 1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

- 2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.
- 3. Welche Leistungen sind versichert?**
- 3.1 Hilfsleistungen**
Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen:
- 3.1.1 Erstgespräch**
Wir führen mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.
- 3.1.2 Menüservice**
Wir versorgen die versicherte Person sowie den in ihrem Haushalt lebenden Ehe- oder Lebenspartner und im Haushalt lebende Verwandte ersten Grades (Eltern und Kinder) täglich mit einem Mittagmenü.
- 3.1.3 Einkäufe und Besorgungen**
Wir kaufen für die versicherte Person einmal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Hierzu zählt das Zusammenstellen des Einkaufszettels, das Einkaufen inklusive der Beschaffung von Arzneimitteln, die Unterbringung und Versorgung eingekaufter Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit der Lebensmittel und notwendige Besorgungen wie z.B. Bankgänge und die Verbringung von Wäsche zur Reinigung sowie deren Abholung.
Die Kosten für die eingekauften Waren und für die Reinigung sowie anfallende Gebühren (auch Rezeptgebühren) übernehmen wir nicht.
- 3.1.4 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen**
Wir begleiten die versicherte Person bis zu zweimal in der Woche bei notwendigen Arzt- und Behördengängen, wenn das persönliche Erscheinen der versicherten Person unumgänglich ist.
- 3.1.5 Wohnungsreinigung**
Wir reinigen einmal wöchentlich den üblichen Lebensbereich der versicherten Person (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) im üblichen Umfang. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befunden hat.
- 3.1.6 Wäscheservice**
Wir waschen und pflegen einmal wöchentlich die Kleidung und Wäsche der versicherten Person. Hierzu zählt das Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren, Einräumen und die Schuhpflege. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.
- 3.1.7 Hausnotruf**
Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die per Knopfdruck 24 Stunden am Tag eine Notrufzentrale erreichbar ist.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die technischen Voraussetzungen für die Anlage in der Wohnung vorhanden sind.
Die Kosten für die Anlage und deren Einrichtung tragen wir. Ebenso tragen wir die Kosten für deren Abbau, wenn dieser bis zum Ablauf von sechs Monaten, von dem Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Die Übernahme der laufenden Kosten ist nach Ziffer 3.1 auf sechs Monate begrenzt.
- 3.2 Organisation von weiteren Hilfsleistungen**
Auf Ihren Wunsch organisieren wir die unter Ziffer 3.2.1 und 3.2.2 genannten Hilfsleistungen.
- 3.2.1 Hilfsleistungen mit Kostenübernahme**
Folgende Hilfsleistungen organisieren wir und übernehmen deren Kosten:
- 3.2.1.1 Pflegeschulung für Angehörige**
Sofern die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, organisieren wir für die Angehörigen eine einmalige Schulung über die Aufgaben der täglichen Pflege durch eine Fachkraft.
- 3.2.1.2 Haustierbetreuung**
Wir vermitteln eine Betreuung für die Haustiere der versicherten Person.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person sich wegen der durch einen versicherten Unfall (Ziffer 1.1) hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen in einen vollstationären Krankenhausaufenthalt begeben muss.
Zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der vollstationären Behandlung infolge des Unfalls ist uns ein ärztliches Attest vorzulegen.
Die Übernahme der nachgewiesenen Kosten der Haustierbetreuung ist pro Tag der vollstationären Behandlung auf 30 Euro und auf 100 Tage begrenzt.
Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarte Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 3.2.2 Hilfsleistungen ohne Kostenübernahmen**
Folgende Hilfsleistungen organisieren wir. Die Kosten tragen Sie selbst:
- 3.2.2.1 Pflegehilfsmittel**
Wir organisieren für die versicherte Person die Vermittlung der erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.).
- 3.2.2.2 Tag- und Nachtwache**
Wir organisieren für die versicherte Person für einen Zeitraum bis zu 48 Stunden nach ihrer Entlassung aus einer stationären Behandlung eine Tag- und Nachtwache, sofern aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
- 3.2.2.3 Umbau des Kraftfahrzeugs**
Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs.
- 3.2.2.4 Umbau der Wohnung**
Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung.
- 3.3 Pflegeleistungen und Beratung**
Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten
- 3.3.1 Pflegeberatung**
Die versicherte Person erhält eine gebührenfreie Rufnummer, unter der ein medizinisch geschulter Ansprechpartner zu erreichen ist. Dieser berät im Rahmen einer Situationsanalyse über wichtige Themen rund um den Unfall. Dazu gehören je nach Bedarf z.B. Diagnose- und Behandlungsmethoden, eine ärztliche Zweitmeinung, die Nennung von kompetenten Dienstleistern und Informationen zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

3.3.2 Ambulante (häusliche) Pflege

Die versicherte Person erhält bis zu zweimal täglich jeweils zwei Stunden eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich

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

4. Welche Kosten werden erstattet?

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 250 Euro für Fahrten mit dem Taxi bzw. für Transporte mit dem Krankenwagen/Spezialfahrzeug, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall (Ziffer 1.1) für eine unfallbedingte, ambulante Weiterbehandlung notwendig und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Die genannte Summe gilt als Maximalentschädigung für alle Fahrten zusammen.

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

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

5. Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

5.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für sechs Monate ab Inanspruchnahme, sofern für einzelne Leistungen nichts anderes bestimmt ist.

5.2 Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffer 3.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

6. Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

6.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.
Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

6.2 Umfang der Leistung

Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen nach Ziffern 3.1.3 – 3.1.6 und 3.3.2 sofern die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

6.3 Dauer der Leistung

6.3.1 Solange die Voraussetzungen der Ziffer 6.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

6.3.2 Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistung einen Monat.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 6.3.4.

6.3.3 Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

6.3.4 Unsere Leistungen enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

7. Regelungen für Personen mit vor dem Unfall anerkanntem Pflegegrad

Sofern der versicherten Person bereits vor dem Unfall ein Pflegegrad der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt war und die versicherte Person aus diesem Grund Sachleistungen erhält, leisten wir nur für den durch den Unfall verursachten Mehraufwand. Erhält die versicherte Person Geldleistungen, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. In diesem Fall erbringen wir keine Leistungen.

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 6 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gelten folgende Obliegenheiten:

8.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

8.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

8.3 Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gilt entsprechend.

9. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person zusätzlich in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Die Kosten für versicherte Leistungen, die von einem Dienstleister Ihrer Wahl erbracht werden, übernehmen wir nur, wenn wir der Beauftragung des Dienstleisters ausdrücklich zugestimmt haben.

10. Beitragskalkulation

Eine mehrjährige Beitragsgarantie wird nicht angeboten. Die Beiträge werden zusammen mit der zugrundeliegenden Unfallversicherung erhoben. Dieser Tarif ist nicht überschussberechtigt.