

Versicherungsbedingungen für die HUK-Unfallversicherung Stand 01.10.2024

Kundeninformation	2
Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)	7

Kundeninformation

Identität des Versicherers

Für Kunden der HUK-COBURG gilt:

Versicherer ist die HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg, Registergericht Coburg, Handelsregister-Nr. 100. Sitz des Unternehmens: Willi-Hussong-Str. 2, 96444 Coburg.

Identität des Versicherers

Für Kunden der HUK-COBURG-Allgemeine gilt:

Versicherer ist die HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG, Registergericht Coburg, Handelsregister-Nr. 465. Sitz des Unternehmens: Willi-Hussong-Str. 2, 96444 Coburg.

Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der HUK-COBURG lautet:

HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg, Willi-Hussong-Str. 2, 96444 Coburg. Ladungsfähige Vertreter sind Klaus-Jürgen Heitmann und Dr. Jörg Rheinländer.

Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der HUK-COBURG-Allgemeine lautet:

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG, Willi-Hussong-Str. 2, 96444 Coburg. Ladungsfähige Vertreter sind Klaus-Jürgen Heitmann und Dr. Jörg Rheinländer.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Wir betreiben hauptsächlich die private Schaden- und Unfallversicherung.

Grundlagen des Vertrags

Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Dokumenten: Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024), Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein inkl. etwaigen Nachträgen. Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und evtl. mit Ihnen getroffene Vereinbarungen. Wenn Sie Versicherungsnehmer der HUK-COBURG sind, gilt außerdem deren Satzung.

Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Die private Unfallversicherung bietet der versicherten Person Versicherungsschutz bei Unfällen – weltweit und rund um die Uhr. Voraussetzung Sie haben Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland.

Ein Unfall ist ein Ereignis, das plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkt. Durch dieses Unfallereignis erleidet die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung.

Was genau versichert ist, hängt davon ab, welche Leistungsarten Sie mit uns vereinbart haben. Diese können Sie wählen. Stets enthalten sein muss eine

- Invaliditätsleistung (mit oder ohne Progression) oder eine
- Rentenleistung.

Eine Sofortleistung, die wir bei bestimmten schweren Gesundheitsschäden zahlen, ist immer Bestandteil des Vertrags.

Zusätzlich stehen Ihnen weitere Leistungsarten zur Wahl:

- Todesfall-Leistung
- Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS

Die Unfallversicherung Classic können Sie gegen Zusatzbeitrag erweitern um den Unfall-Schutzbrief für Erwachsene oder für Kinder und den Zusatzbaustein Unfall PLUS (Voraussetzung ist, dass Sie eine Invaliditätsleistung vereinbart haben). Der Schutzbrief für Kinder ist stets mit einem Versicherungsschutz für schwere Krankheiten kombiniert.

Welchen Versicherungsumfang Sie abgeschlossen haben, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

Die Entschädigung wird fällig, wenn wir abschließend festgestellt haben, dass wir zahlen müssen und in welcher Höhe.

Versicherungsbeitrag

Wie hoch Ihr Beitrag ist, können Sie in Ihren Antragsunterlagen nachlesen. Ändern sich die für die Beitragsberechnung maßgeblichen Angaben (siehe Antrag), kann sich auch Ihr Beitrag ändern. Im Gesamtbeitrag ist die Versicherungssteuer enthalten – in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe.

Zu welchem Zeitpunkt der erste oder einmalige Beitrag fällig wird, hängt davon ab, wann Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist. Geht er Ihnen vor Versicherungsbeginn zu, müssen Sie den Beitrag unverzüglich nach Versicherungsbeginn zahlen. Geht Ihnen der Versicherungsschein nach Versicherungsbeginn zu, müssen Sie den Beitrag unverzüglich mit dem 15. Tag nach dessen Zugang zahlen. Unverzüglich bedeutet hier: innerhalb von zwei Wochen.

Ein Folgebeitrag wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Zahlungsperiode fällig. Er ist dann unverzüglich zu zahlen. Sehen Sie dazu in Ihren Versicherungsschein oder Ihre Beitragsrechnung.

Beginn des Vertrags

Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag annehmen. In der Regel geschieht das mit Zugang des Versicherungsscheins.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlen.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Für Kunden der HUK-COBURG:

HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse
kräftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg
Willi-Hussong-Str. 2, 96440 Coburg
E-Mail: info@huk-coburg.de

Für Kunden der HUK-COBURG-Allgemeine:

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2, 96440 Coburg
E-Mail: info@huk-coburg.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet: 1/360 der Jahresprämie (bei jährlicher Prämienzahlung) oder 1/180 der Halbjahresprämie (bei halbjährlicher Prämienzahlung) oder 1/90 der Vierteljahresprämie (bei vierteljährlicher Prämienzahlung) oder 1/30 der Monatsprämie (bei monatlicher Prämienzahlung) multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Dauer des Vertrags

Der Versicherungsvertrag wird für ein Jahr abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns fristgerecht gekündigt wird.

Beendigung des Vertrags

Sie können den Vertrag zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Auch wir dürfen das. Kündigen Sie, ist die Kündigung nur wirksam, wenn sie uns spätestens einen Monat vor Ablauf zugeht. Kündigen wir, muss Ihnen die Kündigung spätestens drei Monate vor Ablauf in Textform zugegangen sein.

Mitgliedsstaaten der EU, deren Recht der Versicherer vor Abschluss des Vertrags zu Grunde legt

Wir legen der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags das Recht der Bundesrepublik Deutschland zu Grunde.

Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung verklagen wollen, sind folgende Gerichte örtlich zuständig:

- Das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder am Sitz unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- Das Gericht, in dessen Bezirk Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben.
- Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, das Gericht, in dessen Bezirk Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Verklagen wir Sie aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung, ist ausschließlich das folgende Gericht örtlich zuständig:

Das Gericht, in dessen Bezirk Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist es das Gericht, in dessen Bezirk Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Vertragsprache

Sie erhalten die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen in deutscher Sprache. Während der Laufzeit des Vertrags kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch.

Meinungsverschiedenheiten

Versicherungsombudsmann e. V.

Sie können sich an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin;

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Tel. 0800 3696000*; Fax 0800 3699000* (*kostenlos aus deutschen Telefonnetzen).

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle für außergerichtliche Streitbeilegung. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei uns oder im Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Versicherungsaufsicht

Sie können sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bafin.de; Tel. 0228 4108-0; Fax 0228 4108-1550. Die BaFin ist keine Schlichtungsstelle. Sie kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Außerdem steht Ihnen der Rechtsweg offen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.huk.de/beschwerde

A Umfang Ihrer Unfallversicherung	
1. Wer ist versichert? Wo besteht Versicherungsschutz? 7	3.5 Was gilt für die Todesfall-Leistung? 10
1.1 Wer ist versichert? 7	3.5.1 Was ist die Voraussetzung für die Leistung?
1.1.1 Welche Personen sind versichert?	3.5.2 In welcher Höhe leisten wir?
1.1.2 Welche Personen können nicht versichert werden?	3.6 Was gilt für das Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS? 10
1.2 Wo und wann besteht Versicherungsschutz? 7	3.6.1 Was sind die Voraussetzungen für das Krankenhaus-Tagegeld?
2. In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz? In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz? 7	3.6.2 Was sind die Voraussetzungen für das Krankenhaus-Tagegeld PLUS?
2.1 Was ist ein Unfall? 7	3.6.3 Wie ist das Verhältnis zwischen Krankenhaus-Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld PLUS?
2.2 Welche Ereignisse sind einem Unfall gleichgestellt? 7	3.6.4 In welcher Höhe und wie lange leisten wir das Krankenhaus-Tagegeld?
2.2.1 Gesundheitsschäden durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung	3.6.5 In welcher Höhe und wie lange leisten wir das Krankenhaus-Tagegeld-PLUS?
2.2.2 Erfrierungen	4. Welche weiteren Leistungen bietet Ihre Unfallversicherung? . . . 11
2.2.3 Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich	4.1 Welche Kosten übernimmt Ihre Unfallversicherung? 11
2.2.4 Ertrinken, Ersticken, Verhungern und Verdursten	4.1.1 Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer
2.2.5 Tauchtypische Gesundheitsschäden	4.1.2 Kosten für kosmetische Operationen
2.2.6 Oberschenkelhalsbruch	4.1.3 Serviceleistungen (z. B. Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze)
2.3 Was ist außerdem in der Unfallversicherung Classic und in der Unfallversicherung Basis versichert? 7	4.1.4 Ärztliche Gebühren zur Begründung des Anspruchs
2.3.1 Unfälle durch Erschrecken und natürliche Übermüdung	4.2 Welche Mehrleistungen bietet Ihre Unfallversicherung? 12
2.3.2 Fahren ohne Fahrerlaubnis bei Personen unter 18 Jahren	4.2.1 Vorsorge-Versicherung
2.3.3 Fahrtveranstaltungen mit einem Kraftfahrzeug (z. B. Stern- und Orientierungsfahrten)	4.2.2 Reha- oder Kur-Beihilfe
2.3.4 Freizeitfahrten mit Karts	4.2.3 Zuzahlung bei ambulanten Operationen
2.3.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen	4.2.4 Rooming-In bei Kindern
2.3.6 Unfälle im Zusammenhang mit Luftfahrzeugen	4.2.5 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
2.3.7 Psychische und nervöse Störungen	4.2.6 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
2.3.8 Unfälle durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufstörungen, Zuckerschok, ärztlich verordnete Medikamente, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle	4.2.7 Zahlung bei Kopfverletzung trotz Schutzhelm
2.3.9 Terroranschläge	4.2.8 Psychologische Soforthilfe nach Unfall, Überfall oder Geiselnahme
2.4 Was ist außerdem noch in der Unfallversicherung Classic versichert? 8	4.2.9 Innovationsgarantie
2.4.1 Bewusstseinsstörungen durch Alkohol	4.3 Welche Mehrleistungen bietet Ihre Unfallversicherung gegen Zusatzbeitrag? 13
2.4.2 Infektionskrankheiten (z. B. durch Insekten oder Zecken)	4.3.1 Progression 225 %
2.4.3 Wundinfektionen und Blutvergiftungen	4.3.2 Progression 500 %
2.4.4 Impfschäden	4.3.3 Progression 1.000 %
2.4.5 Allergische Reaktionen	4.3.4 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %
2.4.6 Vergiftungen	4.3.5 Unfall PLUS
2.4.7 Gase und Dämpfe	4.3.6 Verbesserte Gliedertaxe
2.5 In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz? 8	5. Wie wirken sich Krankheiten oder Gebrechen aus? 15
2.5.1 Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und andere berauschende Mittel	
2.5.2 Vorsätzliche Straftaten	
2.5.3 Beteiligung an Rennfahrten	
2.5.4 Kernenergie	
2.5.5 Bandscheibenschäden, Blutungen der inneren Organe und des Gehirns	
2.5.6 Schäden durch Heilmaßnahmen und Eingriffe am Körper	
2.5.7 Infektionen	
2.5.8 Vergiftungen	
2.5.9 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen	
2.5.10 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse	
3. Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren? Welche Regelungen gelten dafür? 9	
3.1 Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren? 9	
3.2 Was gilt für die Invaliditätsleistung? 9	
3.2.1 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Invaliditätsleistung?	
3.2.2 Wie und in welcher Höhe leisten wir?	
3.3 Was gilt für die Rentenleistung? 10	
3.3.1 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Rentenleistung?	
3.3.2 Wie und in welcher Höhe leisten wir?	
3.3.3 Ab wann zahlen wir die Rente und für wie lange?	
3.4 Was gilt für die Sofortleistung? 10	
3.4.1 Was sind die Voraussetzungen für die Sofortleistung?	
3.4.2 In welcher Höhe leisten wir?	
	B Gegenseitige Rechte und Pflichten
	1. Ihr Recht auf Entschädigung – Was haben Sie zu beachten? . . . 15
	1.1 Was sind die Grundlagen für die Entschädigungsberechnung? . . 15
	1.1.1 Welche Bedeutung hat die Versicherungssumme?
	1.1.2 Wie wird die Entschädigung berechnet?
	1.1.3 Wie wirken sich Krankheiten oder Gebrechen aus?
	1.2 Wann zahlen wir die Entschädigung? 15
	2. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? 15
	2.1 Zahlungsperiode 15
	2.2 Was gilt für die Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags? . . 15
	2.2.1 Rechtzeitige Zahlung
	2.2.2 Nicht rechtzeitige Zahlung
	2.3 Was gilt für die Zahlung des Folgebeitrags? 15
	2.3.1 Rechtzeitige Zahlung
	2.3.2 Nicht rechtzeitige Zahlung
	2.4 Was gilt bei vereinbartem SEPA-Lastschriftmandat? 16
	2.5 Was gilt bei Teilzahlung? 16
	2.6 Was geschieht mit dem Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung? 16
	2.6.1 Was gilt grundsätzlich?
	2.6.2 In welchen Fällen gibt es spezielle Regelungen?
	3. Welche Obliegenheiten haben Sie bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls? 16
	3.1 Wie müssen Sie sich verhalten? 16
	3.2 Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich? 16

4.	Was passiert mit der Unfallversicherung bei einer Veränderung Ihrer persönlichen Lebenssituation? Worauf müssen Sie achten?	16
4.1	Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	16
4.1.1	Wie müssen Sie sich verhalten?	
4.1.2	Was passiert mit dem Beitrag und Ihrem Versicherungsschutz? Welche Rechte haben Sie?	
4.2	Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens?	17
4.2.1	Wie müssen Sie sich verhalten?	
4.2.2	Welche Folgen hat eine unterbliebene Mitteilung?	
4.3	Welche Auswirkungen hat ein Wohnungswechsel auf Ihren Versicherungsschutz?	17
5.	Welche Anpassungsregelungen gibt es in der Unfallversicherung?	17
5.1	Wann passen wir die Beiträge an?	17
5.1.1	Wann und warum überprüfen wir die Beiträge?	
5.1.2	Welche Regeln beachten wir dabei?	
5.1.3	Welche Konsequenzen hat die Überprüfung?	
5.1.4	Wann wird die Anpassung wirksam?	
5.1.5	Was sind die Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Anpassung?	
5.1.6	Welche Rechte haben Sie bei einer Anpassung?	
5.2	Wann werden die Versicherungssumme und der Beitrag erhöht („Dynamik“)?	17
5.2.1	Wie wird erhöht?	
5.2.2	Wann wird erhöht? Und wann wird die Erhöhung wirksam?	
5.2.3	Für welche Unfälle gilt die Erhöhung?	
5.2.4	Können Sie der Erhöhung widersprechen?	
5.2.5	Kann die dynamische Erhöhung widerrufen werden?	
5.3	Was gilt, wenn die versicherte Person 18 Jahre alt wird?	17
5.3.1	Welchen Tarif wenden wir an?	
5.3.2	Welche Rechte haben Sie?	
5.4	Was gilt, wenn die versicherte Person 65 Jahre alt wird?	18
5.4.1	Welchen Tarif wenden wir an? Was bedeutet das für Sie?	
5.4.2	Welche Rechte haben Sie?	
5.5	Wann können wir die Bedingungen (AUB) anpassen?	18
5.5.1	Welche Voraussetzungen müssen für eine Bedingungsanpassung vorliegen?	
5.5.2	Wie nehmen wir Anpassungen vor?	
5.5.3	Welche Rechte haben Sie bei einer Anpassung?	
C Was Sie zusätzlich noch zu beachten haben		
1.	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	18
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	
1.2	Wie lange läuft der Vertrag? Wie kann er gekündigt werden?	
1.3	Was passiert, wenn Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland aufgeben?	
1.4	Wie kann der Vertrag nach Eintritt des Versicherungsfalls beendet werden?	
2.	Was gilt für die am Vertrag beteiligten Personen?	18
3.	Meinungsverschiedenheiten	19
4.	Welches Recht gilt?	19
D Unfall-Schutzbrief für Erwachsene		
1.	Wer ist versichert?	19
1.1	Welche Personen sind versichert?	19
1.2	Welche Personen können nicht versichert werden?	19
2.	Welche Leistungen werden erbracht?	19
2.1	Was sind die Voraussetzungen für die Leistungen?	19
2.1.1	Was sind die Voraussetzungen für die Beratungsleistungen?	
2.1.2	Was sind die Voraussetzungen für die Hilfs- und Pflegeleistungen?	
2.2	In welchem Umfang werden die Leistungen erbracht?	19
2.3	Welche Beratungsleistungen gibt es?	19
2.3.1	Medizinische Beratung	
2.3.2	Reha-Beratung	
2.3.3	Pflege-Beratung	
2.3.4	Beratung über Hilfsmittelversorgung	
2.4	Welche Hilfs- und Pflegeleistungen gibt es? Welche besonderen Regelungen gelten dafür?	19
2.4.1	Welche Hilfsleistungen gibt es für die versicherte Person?	
2.4.2	Welche Pflegeleistungen gibt es für die versicherte Person?	
2.4.3	Welche Hilfs- und Pflegeleistungen gibt es für den pflegebedürftigen Partner, für nahe Verwandte oder für Schwiegereltern?	
2.4.4	Für welchen Zeitraum erbringen wir die Hilfs- und Pflegeleistungen?	
2.4.5	In welchem Verhältnis stehen unsere Hilfs- und Pflegeleistungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung?	
2.4.6	Welche Obliegenheiten haben Sie nach dem Unfall? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?	
3.	Was gilt für das Rechtsverhältnis zwischen Ihnen, uns und dem Dienstleister?	21
4.	Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?	21
5.	Was passiert, wenn der Hauptvertrag beendet wird?	21
E Unfall-Schutzbrief für Kinder		
1.	Wer ist versichert?	21
1.1	Welche Personen sind versichert?	21
1.2	Welche Personen können nicht versichert werden?	21
2.	Welche Leistungen werden erbracht?	21
2.1	Was sind die Voraussetzungen für die Leistungen?	21
2.1.1	Was sind die Voraussetzungen für die Beratungsleistungen?	
2.1.2	Was sind die Voraussetzungen für die Hilfsleistungen?	
2.2	In welchem Umfang werden die Leistungen erbracht?	21
2.3	Welche Beratungsleistungen gibt es?	21
2.3.1	Telefonische Erstberatung	
2.3.2	Medizinische Beratung	
2.3.3	Reha-Beratung	
2.3.4	Pflege-Beratung	
2.3.5	Beratung über Hilfsmittelversorgung	
2.3.6	Psychologische Erstberatung	
2.4	Welche Hilfsleistungen gibt es? Welche besonderen Regelungen gelten dafür?	21
2.4.1	Welche Hilfsleistungen gibt es?	
2.4.2	Für welchen Zeitraum erbringen wir die Hilfsleistungen?	
2.4.3	In welchem Verhältnis stehen unsere Hilfsleistungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung?	
2.5	Welche Leistungen erbringen wir bei unfallbedingtem Nachhilfeunterricht?	22
2.6	Welche Obliegenheiten haben Sie nach dem Unfall? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?	22
3.	Was gilt für das Rechtsverhältnis zwischen Ihnen, uns und dem Dienstleister?	22
4.	Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?	22
5.	Was gilt, wenn die versicherte Person 18 Jahre alt wird?	22
6.	Was passiert, wenn der Hauptvertrag beendet wird?	22
F Schwere Krankheiten bei Kindern		
1.	Was sind die Voraussetzungen für die Leistung?	22
2.	Welche Obliegenheiten haben Sie nach der ärztlichen Feststellung der Krankheit? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?	22
3.	Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?	22
4.	Was gilt, wenn das versicherte Kind 18 Jahre alt wird?	22
5.	Was passiert, wenn der Hauptvertrag oder der Unfall-Schutzbrief für Kinder beendet wird?	22
G Erweiterter Versicherungsschutz für infektionsgefährdete Berufsgruppen		
1.	Für wen gilt der erweiterte Versicherungsschutz?	23
2.	Wogegen haben Sie Versicherungsschutz?	23
3.	Welche Fristen gelten für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität?	23
4.	Wann haben Sie keinen Versicherungsschutz?	23

Bitte beachten Sie: Zugunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen weiblich, männlich und divers (w/m/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)

Die Versicherungsbedingungen sprechen von „Sie“ und „versicherte Person“. Mit „Sie“ meinen wir Sie als Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Mit „versicherte Person“ ist jeder gemeint, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein. Zu den Regelungen für die am Vertrag beteiligten Personen lesen Sie C 2.

A Umfang Ihrer Unfallversicherung

1. Wer ist versichert? Wo besteht Versicherungsschutz?

1.1 Wer ist versichert?

1.1.1 Welche Personen sind versichert?

Sie als Versicherungsnehmer können Versicherungsschutz für sich selbst und für versicherte Personen mit uns vereinbaren. Wer genau versicherte Person ist, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

1.1.2 Welche Personen können nicht versichert werden?

Nicht versicherbar sind: Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in Pflegegrad 3 eingestuft werden können.

Für diese Personen besteht auch dann kein Versicherungsschutz, wenn Sie für sie Beiträge zahlen.

Wenn eine Person erst während der Laufzeit des Vertrags versicherungsunfähig wird, endet der Versicherungsschutz, sobald die Versicherungsunfähigkeit eintritt. Gleichzeitig endet die Versicherung für diese Person.

Wir zahlen die Beiträge zurück, die Sie seit Bestehen oder Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlt haben.

1.2 Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht für Unfälle

- auf der ganzen Welt und
- rund um die Uhr.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland haben. Als Hauptwohnsitz gilt der Wohnsitz, der den Mittelpunkt Ihrer Lebensinteressen darstellt. Was passiert, wenn Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland aufgeben? Lesen Sie dazu die Regelung unter C 1.3.

2. In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz? In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz?

Die versicherte Person hat Versicherungsschutz, wenn ihr während der Wirksamkeit des Vertrags ein Unfall zustoßt. Das gilt auch für Ereignisse, die einem Unfall gleichgestellt sind.

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen leisten wir nicht oder nur eingeschränkt. Bitte beachten Sie z. B. die Ausschlüsse (A 2.5) und die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A 5.).

2.1 Was ist ein Unfall?

Ein „Unfall“ ist

- ein Ereignis, das plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkt (Unfallereignis) und
- durch das die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt (bspw. Notwehr), gelten immer als unfreiwillig erlitten. Das Gleiche gilt für Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person bei Rettungsbemühungen zuzieht. Dabei spielt es keine Rolle, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

2.2 Welche Ereignisse sind einem Unfall gleichgestellt?

2.2.1 Gesundheitsschäden durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

- a. Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung eine der folgenden Verletzungen zuzieht:
- Sie verrenkt sich an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk.
 - Sie zerrt oder zerreißt sich an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln. Meniskus und Bandscheibe sind keine Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln.
 - Sie zieht sich einen Bauch- oder Unterleibsbruch zu.

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

- b. Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung eine in A 2.2.1 a. beschriebene Verletzung zuzieht. Schädigungen der Bandscheibe, des Meniskus und der Rotatorenmanschette sind aber nicht versichert.

2.2.2 Erfrierungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person erfriert oder sich Erfrierungen zuzieht. Voraussetzungen sind:

- Die versicherte Person wurde durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig der Kälte ausgesetzt.
- Sie konnte sich dieser Situation aus eigener Kraft nicht entziehen.

2.2.3 Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person sich unfreiwillig Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich zuzieht.

2.2.4 Ertrinken, Ersticken, Verhungern und Verdursten

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unfreiwillig ertrinkt, erstickt, verhungert oder verdurstet.

2.2.5 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet. Beispiel: Caissonkrankheit.

2.2.6 Oberschenkelhalsbruch

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person einen Oberschenkelhalsbruch erleidet.

2.3 Was ist außerdem in der Unfallversicherung Classic und in der Unfallversicherung Basis versichert?

2.3.1 Unfälle durch Erschrecken und natürliche Übermüdung

Versichert sind Unfälle durch Erschrecken und durch natürliche Übermüdung. Das gilt auch, wenn die versicherte Person wegen einer natürlichen Übermüdung einschläft und deswegen einen Unfall hat.

2.3.2 Fahren ohne Fahrerlaubnis bei Personen unter 18 Jahren

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dabei zustoßen, dass sie ein Kraftfahrzeug führt, ohne die Fahrerlaubnis dafür zu haben. Voraussetzungen sind:

- Die versicherte Person ist noch keine 18 Jahre alt.
- Sie hat keine weitere Straftat begangen, um die Fahrt zu ermöglichen (bspw. unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs, § 248 b StGB).

Wogegen kein Versicherungsschutz besteht, finden Sie vor allem unter A 2.5.2.

2.3.3 Fahrtveranstaltungen mit einem Kraftfahrzeug (z. B. Stern- und Orientierungsfahrten)

Versichert sind Unfälle bei Fahrtveranstaltungen mit einem Kraftfahrzeug. Beispiele: Sternfahrten, Orientierungsfahrten. Der Versicherungsschutz gilt für die versicherte Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Kein Versicherungsschutz besteht aber, wenn die versicherte Person an einer Rennfahrt teilnimmt (A 2.5.3).

2.3.4 Freizeitfahrten mit Karts

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie an Freizeitfahrten mit Karts teilnimmt. Versicherungsschutz besteht dabei für Fahrten auf Indoor-, Outdoor- und Crosskart-Anlagen.

Hat die versicherte Person das Kart zum Unfallzeitpunkt selbst geführt? Dann setzt der Versicherungsschutz voraus, dass sie kein Berufs-, Lizenz-, Vereins-, Vertragssportler oder Vertragsamateur im Bereich des Kartsports ist.

2.3.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen, z. B. Laser- oder Röntgenstrahlen. Voraussetzung ist, dass ein Unfall vorliegt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden

- im Zusammenhang mit Kernenergie (A 2.5.4).
- infolge regelmäßigen Umgangs mit Geräten, die Strahlen erzeugen.

2.3.6 Unfälle im Zusammenhang mit Luftfahrzeugen

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person zustoßen:

- Als Führer eines Luftfahrzeugs.
- Als sonstiges Mitglied der Besatzung eines Luftfahrzeugs (z. B. Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter).
- Als Fluggast.
- Bei einer beruflichen Tätigkeit, die sie mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausübt (z. B. Überwacher des Luftverkehrs, Luftbildfotograf).

Beispiele für Luftfahrzeuge sind: Flugzeug (auch Segelflugzeug), Hubschrauber, Drachen, Gleitschirm, Fallschirm, Frei- und Fesselballon.

2.3.7 Psychische und nervöse Störungen

Versichert sind psychische und nervöse Störungen, die als Folge eines Unfalls auftreten. Das gilt aber nur, wenn die Störung allein auf einer der folgenden Ursachen beruht:

- Auf einer organischen Erkrankung des Nervensystems, die durch den Unfall verursacht wurde.
- Auf einer Epilepsie, die durch den Unfall neu entstanden ist.

Wogegen kein Versicherungsschutz besteht, finden Sie vor allem unter A 2.5.9.

2.3.8 Unfälle durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufstörungen, Zuckerschok, ärztlich verordnete Medikamente, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle

- a. Versichert sind Unfälle, die durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt, eine Herz- oder Kreislaufstörung oder einen Zuckerschok infolge Diabetes verursacht wurden.

Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- oder Kreislaufstörung oder durch Zuckerschok infolge Diabetes selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert.

- b. Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht wurden. Der Versicherungsschutz setzt voraus, dass die Medikamente der versicherten Person ärztlich verordnet worden sind.

Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Medikamentengebrauch selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert.

- c. Versichert sind Unfälle, die durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle verursacht wurden.

Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den epileptischen Anfall selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert. Das gilt auch bei anderen Krampfanfällen.

2.3.9 Terroranschläge

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Terroranschläge.

Steht der Terroranschlag in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, und hat er innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiets stattgefunden? Dann besteht Versicherungsschutz nur unter den Voraussetzungen nach A 2.5.10 b.

2.4 Was ist außerdem noch in der Unfallversicherung Classic versichert?

Der im Folgenden beschriebene Versicherungsschutz gilt nur, wenn Sie die Unfallversicherung Classic abgeschlossen haben.

2.4.1 Bewusstseinsstörungen durch Alkohol

- a. Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Alkohol verursacht wurden.

- b. In den folgenden Fällen gilt das aber nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt den jeweiligen Promillewert nicht übersteigt:

- Bei Lenkern von Kraftfahrzeugen 1,1 Promille.
- Bei Radfahrern 1,6 Promille.

2.4.2 Infektionskrankheiten (z. B. durch Insekten oder Zecken)

- a. Versichert ist eine erstmalige Infektion (z. B. durch einen Insekten- oder Zeckenstich), wenn dadurch eine der folgenden Krankheiten ausgebrochen ist:

Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Typhus und Paratyphus.

Als Unfalltag gilt der Tag, an dem die Infektion erstmals ärztlich diagnostiziert wurde.

- b. Hat sich die versicherte Person die Infektion bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes zugezogen, besteht kein Versicherungsschutz.

- c. Der Versicherungsschutz gilt für die Invaliditätsleistung (A 3.2), die Rentenleistung (A 3.3), die Todesfall-Leistung (A 3.5), das Krankenhaus-Tagegeld (A 3.6) und Unfall PLUS (A 4.3.5).

- d. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, besteht der Versicherungsschutz nur für Reisen von höchstens 42 Tagen.

- e. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vertragsschluss (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede versicherte Leistungsart gesondert. Schließen Sie eine Leistungsart erst nachträglich in den Vertrag ein, beginnt die Wartezeit dafür erst mit diesem Einschluss.

- f. Für andere als die in a. beschriebenen Infektionen gilt die Regelung in A 2.5.7.

2.4.3 Wundinfektionen und Blutvergiftungen

Versichert sind Wundinfektionen und Blutvergiftungen, die Folge eines Unfalls sind.

2.4.4 Impfschäden

- a. Versichert sind Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen (Impfschaden) gegen die in A 2.4.2 a. genannten Infektionskrankheiten.

Als Unfalltag gilt der Tag, an dem der Impfschaden erstmals ärztlich diagnostiziert wurde.

- b. Versichert sind Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen (Impfschaden) gegen andere als in A 2.4.2 a. genannte Infektionskrankheiten. Voraussetzung ist, dass die Schutzimpfung zum Zeitpunkt der Impfung gesetzlich vorgeschrieben, behördlich angeordnet oder behördlich oder ärztlich empfohlen war. Zudem muss der Impfschaden behördlich anerkannt worden sein.

Als Unfalltag gilt der Tag, an dem der Impfschaden behördlich anerkannt wurde.

- c. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Reaktion auf eine Schutzimpfung hinausgehende gesundheitliche Schädigung.

- d. Hat die Schutzimpfung bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes stattgefunden, besteht kein Versicherungsschutz.

- e. Der Versicherungsschutz gilt für die Invaliditätsleistung (A 3.2), die Rentenleistung (A 3.3), die Todesfall-Leistung (A 3.5), das Krankenhaus-Tagegeld (A 3.6) und Unfall PLUS (A 4.3.5).

- f. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vertragsschluss (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede versicherte Leistungsart gesondert. Schließen Sie eine Leistungsart erst nachträglich in den Vertrag ein, beginnt die Wartezeit dafür erst mit diesem Einschluss.

2.4.5 Allergische Reaktionen

Versichert sind allergische Reaktionen auf Verletzungen der Haut oder Schleimhaut, z. B. auf Insektenstiche und Insektenbisse.

Wurde deswegen eine stationäre Hyposensibilisierung durchgeführt? Dann zählt das als ein unfallbedingter Aufenthalt im Krankenhaus.

Wir rechnen Krankheiten und Gebrechen (A 5.) nicht an.

2.4.6 Vergiftungen

Versichert sind unfreiwillige Vergiftungen durch die Einnahme von festen oder flüssigen Stoffen durch den Schlund. „Schlund“ ist der Eingang der Speiseröhre.

Für Alkoholvergiftungen, die sich Personen ab 14 Jahren zuziehen, besteht kein Versicherungsschutz.

In der Unfallversicherung Basis gilt die unter A 2.5.8 beschriebene Regelung.

2.4.7 Gase und Dämpfe

Versichert sind Vergiftungen und Verätzungen durch plötzlich austretende Gase, Dämpfe und sonstige schädliche Gefahrstoffe wie z. B. Säuren. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person den schädlichen Gefahrstoffen durch unabwendbare Umstände nicht länger als sieben Tage ausgesetzt war.

Kein Versicherungsschutz besteht für Berufs- und Gewerkrankheiten.

2.5 In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz?

2.5.1 Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und andere berauschende Mittel

Nicht versichert sind:

- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Alkohol verursacht wurden. In der Unfallversicherung Classic gilt dies aber nur in den unter A 2.4.1 b. geregelten Fällen, wenn der dort genannte Promillewert überschritten wurde.

- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch andere berauschende Mittel als Alkohol verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht aber im Rahmen von A 2.3.8 b.

2.5.2 Vorsätzliche Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt. Das gilt auch für den Versuch einer Straftat.

Versicherungsschutz besteht aber in den Fällen, die unter A 2.3.2 und A 2.4.1 beschrieben sind.

2.5.3 Beteiligung an Rennfahrten

- a. Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie mit einem Kraftfahrzeug an Rennfahrten teilnimmt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person Fahrer, Beifahrer oder Insasse ist.

Rennfahrten sind Fahrtveranstaltungen und dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- b. Versicherungsschutz besteht aber in den Fällen, die unter A 2.3.4 beschrieben sind.

2.5.4 Kernenergie

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht werden.

2.5.5 Bandscheibenschäden, Blutungen der inneren Organe und des Gehirns

Nicht versichert sind Schäden an Bandscheiben. Nicht versichert sind auch Schäden durch Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.

Versicherungsschutz besteht aber, wenn ein nach diesem Vertrag versicherter Unfall im Sinne von A 2.1 die überwiegende Ursache ist. Überwiegende Ursache heißt: mehr als 50 Prozent.

2.5.6 Schäden durch Heilmaßnahmen und Eingriffe am Körper

a. Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

b. Versicherungsschutz besteht aber, wenn Anlass für die Heilmaßnahme oder den Eingriff ein Unfall war, der nach diesem Vertrag versichert ist.

Beispiel für Versicherungsschutz: Die versicherte Person hatte einen Unfall, der nach diesem Vertrag versichert ist, und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln (Heilmaßnahme). Ein Fehler bei der ärztlichen Behandlung führt dabei zu weiteren Schädigungen.

2.5.7 Infektionen

Nicht versichert sind Infektionen.

Versicherungsschutz besteht aber:

- in der Unfallversicherung Classic für die in A 2.4.2 und A 2.4.3 beschriebenen Fälle.
- für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keine ärztliche Behandlung erfordern.
- für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind. Voraussetzung ist, dass Anlass für die Heilmaßnahme oder den Eingriff ein Unfall war, der nach diesem Vertrag versichert ist.
- für Tollwut und Wundstarrkrampf.

2.5.8 Vergiftungen

In der Unfallversicherung Classic gilt die Regelung in A 2.4.6.

In der Unfallversicherung Basis sind Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund nicht versichert.

2.5.9 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

a. Nicht versichert sind krankhafte Störungen, die als Folge psychischer Reaktionen auftreten.

Das gilt auch dann, wenn diese Reaktionen durch einen Unfall verursacht wurden. Beispiel: Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Halswirbelsäulen-Schleudertrauma, das durch einen Verkehrsunfall verursacht wurde.

b. Versicherungsschutz besteht aber in den Fällen, die unter A 2.3.7 und A 4.2.8 beschrieben sind.

2.5.10 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

a. Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden. „Krieg“ schließt auch rein digital geführte Kriege ein (Cyberkrieg).

b. Die versicherte Person hat aber Versicherungsschutz, wenn sie während einer Auslandsreise überraschend in Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gerät. Der Versicherungsschutz besteht für volle 21 Tage nach Kriegsbeginn.

c. Versicherungsschutz besteht aber in den Fällen, die unter A 2.3.9 beschrieben sind.

3. Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren? Welche Regelungen gelten dafür?

3.1 Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren?

Versichert sind nur diejenigen Leistungsarten, für die Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Welche das sind, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

Vereinbart werden muss mindestens eine der folgenden Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung (A 3.2) oder
- Rentenleistung (A 3.3).

Haben Sie mit uns eine Invaliditäts- oder Rentenleistung vereinbart, erbringen wir unter bestimmten Voraussetzungen eine Sofortleistung (A 3.4).

Neben der Invaliditäts- oder Rentenleistung können Sie weitere Leistungsarten mit uns vereinbaren:

- Todesfall-Leistung (A 3.5),
- Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS (A 3.6).

3.2 Was gilt für die Invaliditätsleistung?

3.2.1 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Invaliditätsleistung?

Invalidität:

a. Eine Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

„Invalidität“ liegt vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist.

Dauerhaft beeinträchtigt heißt:

- Die Beeinträchtigung wird voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen und
- eine Änderung dieses Zustands kann nicht erwartet werden.

Fristen für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität:

b. Für eine Invaliditätsleistung muss jede der folgenden drei Fristen gewahrt sein:

aa. Die Invalidität ist innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall eingetreten.

bb. Ein Arzt hat die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall in Textform festgestellt.

cc. Sie haben die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend gemacht. Geltend machen bedeutet: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Ist eine der Fristen nach aa. oder bb. nicht gewahrt, besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist nach cc., ist der Anspruch auf die Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Die Versäumung der Frist nach cc. lässt sich aber in besonderen Ausnahmefällen entschuldigen (z. B. bei unfallbedingtem Koma). Sobald der Entschuldigungsgrund wegfällt, müssen Sie die Geltendmachung der Invalidität unverzüglich bei uns nachholen.

3.2.2 Wie und in welcher Höhe leisten wir?

Die Invaliditätsleistung erbringen wir als einmalige Kapitalzahlung.

Grundlage für deren Berechnung sind die vereinbarte Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität. Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

Entscheidend für die Höhe des unfallbedingten Invaliditätsgrads ist:

- die Gliedertaxe, falls das betroffene Körperteil, Organ oder Sinnesorgan dort genannt ist (A 3.2.2 a.),
- Ansonsten der Umfang, in dem die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist (A 3.2.2 b.).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall ärztlich erkennbar ist. Das gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität. Beachten Sie die Fristen für die erste Bemessung (A 3.2.1 b.) und für die Neubemessung (A 3.2.2 e.).

Bemessung des Invaliditätsgrads nach der Gliedertaxe:

a. Verliert die versicherte Person eines der folgenden Körperteile, Organe oder Sinnesorgane oder wird es funktionsunfähig, gelten ausschließlich die 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 %
Stimme	100 %
eine Niere	20 %
beide Nieren	100 %
Milz	10 %

Verliert die versicherte Person das Körperteil, Organ oder Sinnesorgan teilweise, gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade. Dieser gilt auch, wenn das Körperteil, Organ oder Sinnesorgan in seiner Funktion teilweise beeinträchtigt ist.

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

Bemessung des Invaliditätsgrads außerhalb der Gliedertaxe:

- b. Sind Körperteile, Organe und Sinnesorgane in der Gliedertaxe nicht genannt? Dann bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten. Nicht maßgebend sind Einstufungen nach dem Recht der Sozialversicherung. Beispiele: Grad der Behinderung (GdB), Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Anrechnung von Vorinvalidität:

- c. Der Invaliditätsgrad mindert sich um eine bestehende Vorinvalidität. Eine „Vorinvalidität“ liegt vor, wenn Körperteile, Organe oder Sinnesorgane oder deren Funktionen schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Die Vorinvalidität berechnet sich nach den gleichen Grundsätzen wie der Invaliditätsgrad (A 3.2.2 a. bis b.).

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall dauerhaft um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent. Diese Vorinvalidität in Höhe von 7 Prozent ziehen wir ab. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

Addition mehrerer unfallbedingter Invaliditätsgrade:

- d. Falls mehrere Körperteile, Organe oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt sind, rechnen wir die ermittelten Invaliditätsgrade zusammen. Ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent bildet dabei die Höchstgrenze.

Neubemessung der Invalidität:

- e. Nach der ersten Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie können den Grad der Invalidität daher jährlich neu durch einen Arzt bemessen lassen. Wir dürfen das auch.

Die Neubemessung ist höchstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall möglich. Bei Kindern, die noch keine 14 Jahre alt sind, beträgt diese Frist fünf Jahre.

Verlangen wir eine Neubemessung, müssen wir das zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht (B 1.2) tun. Verlangen Sie eine Neubemessung, müssen Sie das innerhalb der genannten Frist tun.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir schon erbracht haben, verzinsen wir den Mehrbetrag mit jährlich 5 Prozent. Das tun wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt unserer Entscheidung nach B 1.2.

Besonderheiten bei Tod der versicherten Person:

- f. Stirbt die versicherte Person, gilt:
- Beim unfallbedingten Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung. Wir zahlen aber eine Todesfall-Leistung (A 3.5), falls Sie diese mit uns vereinbart haben.
 - In allen anderen Fällen erbringen wir eine Invaliditätsleistung entsprechend den Regelungen, die unter A 3.2.2 a. bis e. getroffen sind. Maßgebend ist dabei der Invaliditätsgrad, mit dem nach den ärztlichen Befunden zu rechnen gewesen wäre.

3.3 Was gilt für die Rentenleistung?

3.3.1 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Rentenleistung?

Invalidität in Höhe von 50 %:

- a. Eine Rentenleistung setzt voraus, dass die versicherte Person durch einen Unfall invalide (A 3.2.1 a.) geworden ist. Außerdem muss der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt haben. Für dessen Ermittlung gelten A 3.2.2 und A 5. Verbesserte oder besondere Gliedertaxen werden aber nicht berücksichtigt.

Fristen für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität:

- b. Für den Eintritt, die Feststellung und die Geltendmachung der Invalidität gelten die in A 3.2.1 b. genannten Fristen entsprechend.

3.3.2 Wie und in welcher Höhe leisten wir?

Wir zahlen die Rente monatlich in Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Diese Leistung erhalten Sie lebenslang.

3.3.3 Ab wann zahlen wir die Rente und für wie lange?

Beginn der Rentenzahlung:

- a. Wir zahlen die Rente, sobald feststeht, dass die Voraussetzungen für die Rentenleistung vorliegen. Unsere Rentenzahlung erbringen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Für die Zukunft zahlen wir die Rente monatlich im Voraus.

Dauer der Rentenzahlung:

- b. Wir zahlen die Rente bis zum Ende des Monats, in dem
- die versicherte Person stirbt,
 - oder wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung der Invalidität (A 3.2.2 e.) der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist. Über das Ergebnis der Neubemessung müssen wir Sie informiert haben.

Ruhen der Rentenzahlung:

- c. Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für den Rentenbezug noch erfüllt sind, dürfen wir Lebensbescheinigungen anfordern. Werden uns diese nicht unverzüglich vorgelegt, stellen wir die Rentenzahlung vorläufig ein. Die Rentenzahlung ruht dann so lange, bis wir die Lebensbescheinigung erhalten.

3.4 Was gilt für die Sofortleistung?

3.4.1 Was sind die Voraussetzungen für die Sofortleistung?

Haben Sie mit uns eine Invaliditäts- oder Rentenleistung vereinbart, erbringen wir eine Sofortleistung. Der Anspruch entsteht sofort nach Eintritt des Unfalls.

Querschnittslähmung, Verlust von Hand oder Fuß, Erblindung, Verbrennung, Schädel-Hirn-Trauma:

- a. Die Sofortleistung setzt voraus, dass die versicherte Person durch einen Unfall einen der folgenden Gesundheitsschäden erlitten hat:
- Querschnittslähmung nach einer Schädigung des Rückenmarks.
 - Amputation einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes.
 - Vollständige Erblindung oder Verlust eines Auges.
 - Verbrennung zweiten oder dritten Grades von mindestens 30 Prozent der Körperoberfläche.
 - Schädel-Hirn-Trauma zweiten oder dritten Grades.

Kein unfallbedingter Tod:

- b. Wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall stirbt, entfällt der Anspruch auf die Sofortleistung.

3.4.2 In welcher Höhe leisten wir?

Wir zahlen die Sofortleistung einmalig in Höhe von 20 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, mindestens 10.000 Euro und höchstens 20.000 Euro.

Sie haben die Invaliditäts- und die Rentenleistung vereinbart? Dann erhalten Sie die Sofortleistung nur ein Mal. Maßgebend ist die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung.

3.5 Was gilt für die Todesfall-Leistung?

3.5.1 Was ist die Voraussetzung für die Leistung?

- a. Die versicherte Person ist unfallbedingt innerhalb eines Jahres gestorben.
- Beachten Sie vor allem die Obliegenheiten nach B 3.1 c.
- b. Ist die versicherte Person verschollen, gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, sobald sie nach dem Verschollenheitsgesetz für tot erklärt wurde. Hat aber die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind schon erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

3.5.2 In welcher Höhe leisten wir?

Generelle Regelung:

- a. Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der Versicherungssumme, die dafür vereinbart ist.

Besonderheit für Vollwaisen:

- b. Wird ein minderjähriges erb- oder bezugsberechtigtes Kind der versicherten Person durch den Unfall zur Vollwaise, gilt: Wir zahlen die doppelte Todesfall-Leistung.

3.6 Was gilt für das Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS?

3.6.1 Was sind die Voraussetzungen für das Krankenhaus-Tagegeld?

Die versicherte Person hat sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befunden.

Für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. in Kuranstalten oder Erholungsheimen) besteht kein Anspruch auf das Krankenhaus-Tagegeld. Wir leisten aber, soweit die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

3.6.2 Was sind die Voraussetzungen für das Krankenhaus-Tagegeld PLUS?

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach diesem Vertrag.

3.6.3 Wie ist das Verhältnis zwischen Krankenhaus-Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld PLUS?

Ohne Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir auch kein Krankenhaus-Tagegeld PLUS.

3.6.4 In welcher Höhe und wie lange leisten wir das Krankenhaus-Tagegeld?

Generelle Regelung:

- Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir in Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Dabei leisten wir für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person in vollstationärer Behandlung war. Längstens zahlen wir für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Besonderheit bei unfallbedingtem Krankenhaus-Aufenthalt im Ausland:

- Hat sich der Unfall im Ausland ereignet? Dann verdoppeln wir das Krankenhaus-Tagegeld für jeden Tag, an dem die versicherte Person dort vollstationär behandelt wurde. Das gilt aber nur für Behandlungen, die unmittelbar nach dem Unfall stattgefunden haben. Längstens zahlen wir die Verdoppelung für sechs Wochen, gerechnet ab dem Unfalltag.

Die Erweiterung nach b. gilt nicht für das Krankenhaus-Tagegeld PLUS nach A 3.6.5.

Besonderheit bei unfallbedingtem Koma:

- Befand sich die versicherte Person aufgrund des Unfalls im Koma? Dann verdoppeln wir das Krankenhaus-Tagegeld für jeden Tag, an dem die versicherte Person im Koma lag. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Koma ein natürliches oder ein künstliches Koma war. Längstens zahlen wir das Koma-Geld für drei Monate, gerechnet ab dem Unfalltag.

Die Erweiterung nach c. gilt nicht für das Krankenhaus-Tagegeld PLUS nach A 3.6.5.

Zusammentreffen von unfallbedingtem Krankenhaus-Aufenthalt im Ausland und unfallbedingtem Koma:

- Liegen gleichzeitig die Voraussetzungen nach b. und c. vor, nehmen wir nur eine Verdoppelung vor.

3.6.5 In welcher Höhe und wie lange leisten wir das Krankenhaus-Tagegeld PLUS?

Das Krankenhaus-Tagegeld PLUS zahlen wir in Höhe der für das Krankenhaus-Tagegeld vereinbarten Versicherungssumme. Wir leisten für jeden Kalendertag, für den wir Krankenhaus-Tagegeld geleistet haben. Längstens zahlen wir für 18 Monate.

4. Welche weiteren Leistungen bietet Ihre Unfallversicherung?

4.1 Welche Kosten übernimmt Ihre Unfallversicherung?

Versichert sind die folgenden, aufgrund eines Versicherungsfalls notwendigen und tatsächlich angefallenen Kosten:

4.1.1 Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer

- Wir übernehmen die Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer bis zu insgesamt 100.000 Euro. Voraussetzung ist, dass die Nutzung durch einen tauchtypischen Gesundheitsschaden (A 2.2.5) veranlasst wurde und medizinisch geboten war. Dies gilt auch für notwendige Therapie- und Behandlungskosten.
- Wir zahlen nur, soweit die versicherte Person keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Krankenversicherung, Unfallverursacher) hat. Für unsere Leistungspflicht genügt bereits, wenn die anderen Ersatzpflichtigen ihre Leistungspflicht bestreiten.

4.1.2 Kosten für kosmetische Operationen

- Wir übernehmen Kosten für kosmetische Operationen bis zu insgesamt 50.000 Euro.
- Voraussetzungen für unsere Leistung sind:
 - Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation wegen eines Unfalls unterzogen, der unter diesen Vertrag fällt.
 - „Kosmetische Operation“ ist eine ärztliche Behandlung, die nach dem Abschluss der Heilbehandlung erfolgt. Sie hat zum Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
 - Die kosmetische Operation wurde innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall vorgenommen. Bei Unfällen von Minderjährigen reicht es jedoch aus, wenn sie vor dem 21. Geburtstag erfolgt ist.

- Die versicherte Person hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Krankenversicherung, Zahnzusatzversicherung, Unfallverursacher). Für unsere Leistungspflicht genügt bereits, wenn die anderen Ersatzpflichtigen ihre Leistungspflicht bestreiten.

c. Ersatzfähige Kosten sind:

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten.
- Notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit die Zähne durch den Unfall beschädigt wurden. Das Gleiche gilt für den Verlust von Zähnen.

d. In der Unfallversicherung Basis übernehmen wir diese Kosten nicht.

4.1.3 Serviceleistungen

(z. B. Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze)

Die im Folgenden beschriebenen Kosten für Serviceleistungen übernehmen wir bis zu insgesamt 50.000 Euro.

Wir zahlen nur, soweit die versicherte Person keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Krankenversicherung, Unfallverursacher) hat. Für unsere Leistungspflicht genügt bereits, wenn die anderen Ersatzpflichtigen ihre Leistungspflicht bestreiten.

Such-, Rettungs- oder Bergungskosten:

- Wir übernehmen die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten übernehmen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte. Das Gleiche gilt, wenn ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Information über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung:

- Wir informieren Sie über die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung. Außerdem stellen wir eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her. Vorausgesetzt, Sie wünschen das.

Kosten für den Transport ins Krankenhaus:

- Wir übernehmen die Kosten für den Transport der versicherten Person ins Krankenhaus, wenn dieser ärztlich angeordnet war. Als Krankenhaus gilt auch eine Spezialklinik.

Kosten für den Rücktransport an den ständigen Wohnsitz:

- Wir übernehmen die Mehrkosten für den Rücktransport der versicherten Person an den ständigen Wohnsitz. Voraussetzung ist, dass der Rücktransport medizinisch notwendig war.

Kosten für die Rückkehr von Mitreisenden bei Unfällen im Ausland:

- Hatte die versicherte Person einen Unfall im Ausland? Dann übernehmen wir die zusätzlichen Kosten für die Unterbringung oder die Heimfahrt von mitreisenden Angehörigen. Das Gleiche gilt für die zusätzlichen Kosten Ihres mitreisenden nicht ehelichen Lebenspartners.

Kosten für die Nachreise von Besuchern bei Unfällen im Ausland:

- Hatte die versicherte Person einen Unfall im Ausland? Dann übernehmen wir die Fahrtkosten von Angehörigen, die die versicherte Person besuchen. Das Gleiche gilt für die Fahrtkosten Ihres nicht ehelichen Lebenspartners.

Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person unfallbedingt mindestens 10 Tage lang im Krankenhaus befindet.

Kosten für die Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz:

- Wir übernehmen die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz, wenn die versicherte Person unfallbedingt im Inland verstirbt.

Stirbt die versicherte Person durch einen Unfall im Ausland, haben Sie die Wahl: Wir übernehmen die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz oder die Kosten für die Bestattung im Ausland.

4.1.4 Ärztliche Gebühren zur Begründung des Anspruchs

Wir ersetzen ärztliche Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, in folgendem Umfang:

- Bei der Invaliditätsleistung bis zu 1 Promille der Versicherungssumme.
- Bei der Rentenleistung einmalig bis zu 10 Prozent der vereinbarten monatlichen Rente.
- Bei der Sofortleistung bis zu 1 Prozent des dafür vereinbarten Betrags.
- Beim Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS bis zu einem Tagesgeldsatz.
- Bei den Kosten für kosmetische Operationen und für Serviceleistungen bis zu jeweils 1 Prozent des dafür vereinbarten Betrags.

4.2 Welche Mehrleistungen bietet Ihre Unfallversicherung?

In der Unfallversicherung Basis erbringen wir nur die Leistungen nach A 4.2.1 und A 4.2.9.

4.2.1 Vorsorge-Versicherung

a. Für bestimmte Personen gewähren wir zeitlich begrenzten Vorsorge-Versicherungsschutz. Dieser besteht nur für die Invaliditätsleistung (A 3.2), die Todesfall-Leistung (A 3.5) und das Krankenhaus-Tagegeld (A 3.6). Dabei sind folgende Fälle und Leistungen nicht versichert: A 2.3, A 2.4, A 4.2.2 bis A 4.2.8, A 4.3.

b. Folgende Personen sind ein Jahr lang versichert:

- Leibliche und adoptierte Kinder der versicherten Person. Der Versicherungsschutz beginnt mit der vollendeten Geburt oder dem Tag der Adoption.
- Der Ehepartner der versicherten Person und seine leiblichen oder adoptierten minderjährigen Kinder. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag der Heirat.
- Der eingetragene Lebenspartner der versicherten Person und seine leiblichen oder adoptierten minderjährigen Kinder. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz.

c. Der Vorsorge-Versicherungsschutz setzt voraus, dass mit seinem Beginn Ihre Unfallversicherung bereits bestanden hat. Sie muss auch zum Unfallzeitpunkt noch bestehen.

d. Die Versicherungssumme beträgt je Person:

- für den Invaliditätsfall 100.000 Euro (ohne Progression),
- für den Todesfall 20.000 Euro,
- für das Krankenhaus-Tagegeld 20 Euro.

Das setzt aber voraus, dass Sie die jeweilige Leistungsart mit uns vereinbart haben.

4.2.2 Reha- oder Kur-Beihilfe

a. Wir leisten je Unfall:

- für eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme einmalig eine Reha-Beihilfe in Höhe von 2.500 Euro.
- für eine medizinisch notwendige stationäre Kur-Maßnahme einmalig eine Kur-Beihilfe in Höhe von 1.000 Euro.

Durch denselben Unfall wurden eine Reha-Maßnahme und eine Kur-Maßnahme erforderlich? Dann leisten wir einmalig nur die Reha-Beihilfe.

b. Voraussetzungen für unsere Leistung sind:

- Die versicherte Person hatte einen Unfall.
- Sie ist durch diesen Unfall invalide im Sinne von A 3.2.1 a. geworden.
- Die Reha-Maßnahme wurde wegen der Gesundheitsschäden, die durch das Unfallereignis entstanden sind, medizinisch notwendig. Das Gleiche gilt für die Kur-Maßnahme.
- Die Reha-Maßnahme hat innerhalb von drei Jahren stattgefunden, vom Unfalltag an gerechnet, und durchgehend mindestens drei Wochen gedauert. Das Gleiche gilt für die Kur-Maßnahme.

c. Wir leisten nicht bei Anschlussheilbehandlungen, Anschlussrehabilitationen und stationären Weiterbehandlungen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

d. Krankheiten und Gebrechen (A 5.) rechnen wir nicht an.

e. In der Unfallversicherung Basis erbringen wir diese Leistung nicht.

4.2.3 Zuzahlung bei ambulanten Operationen

a. Haben Sie für die versicherte Person mit uns ein Krankenhaus-Tagegeld vereinbart, verdreifachen wir es unter den folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person hatte einen Unfall.
- Wegen dieses Unfalls hat sie sich einer ambulanten chirurgischen Operation unterzogen.

b. In der Unfallversicherung Basis erbringen wir diese Leistung nicht.

4.2.4 Rooming-In bei Kindern

a. Haben Sie in der Kinder-Unfallversicherung mit uns ein Krankenhaus-Tagegeld vereinbart, verdoppeln wir es unter den folgenden Voraussetzungen:

- Das versicherte Kind war wegen eines Unfalls in einer vollstationären Heilbehandlung.
- Zu Beginn dieser Heilbehandlung war das Kind noch keine 18 Jahre alt.

- Während der Heilbehandlung wurde für einen Erziehungsberechtigten als Begleitung ein zusätzliches Krankenhausbett im Zimmer des Kindes bereitgestellt (Rooming-In).

b. Wir zahlen das doppelte Krankenhaus-Tagegeld für die Dauer der Begleitung.

c. In der Unfallversicherung Basis erbringen wir diese Leistung nicht.

4.2.5 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

a. Haben Sie eine Person unter 21 Jahren versichert und sterben Sie während der Laufzeit des Vertrags? Dann führen wir den Vertrag mit den Versicherungssummen beitragsfrei weiter, die zu diesem Zeitpunkt gelten. Das tun wir bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind 21 Jahre alt wird.

Neuer Versicherungsnehmer wird der gesetzliche Vertreter, wenn nichts anderes vereinbart ist.

b. Voraussetzungen sind:

- Der Vertrag war nicht gekündigt.
- Ihr Tod wurde nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht.

c. In der Unfallversicherung Basis erbringen wir diese Leistung nicht.

4.2.6 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Voraussetzungen:

a. Wir stellen Sie von Ihrer Pflicht zur Beitragszahlung unter den folgenden Voraussetzungen frei:

- Sie werden unfreiwillig arbeitslos. Unfreiwillig heißt: Ihr Arbeitsverhältnis wurde durch Kündigung Ihres Arbeitgebers wirksam beendet.
 - Ihr Arbeitgeber hat die Kündigung nach dem Versicherungsbeginn ausgesprochen.
 - Sie haben sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet.
 - Sie weisen die Kündigung Ihres Arbeitgebers und die Meldung der Arbeitslosigkeit durch entsprechende Bescheinigungen nach.
 - Vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestand Ihr Arbeitsverhältnis ununterbrochen mindestens zwölf Monate.
 - Für Ihr Arbeitsverhältnis galt deutsches Recht.
 - Ihr Arbeitsverhältnis war sozialversicherungspflichtig und unbefristet. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtig.
 - Ihre Arbeitslosigkeit besteht mindestens drei Monate.
 - Der Vertrag zwischen Ihnen und uns wurde bei Eintritt der Arbeitslosigkeit noch nicht gekündigt.
 - Der Vertrag zwischen Ihnen und uns weist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit keinen Beitragsrückstand auf.
- Arbeitsunfähigkeit gilt nicht als Arbeitslosigkeit.

Versicherungsschutz:

b. Wir führen den Vertrag mit dem Leistungsumfang weiter, der zum Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit besteht. Der vereinbarte Versicherungsschutz besteht für die Dauer der Beitragsbefreiung fort.

Beginn, Dauer und Ende der Leistung:

c. Die Beitragsbefreiung beginnt drei Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit. Frühestens beginnt die Beitragsbefreiung, sobald Sie uns den Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform angezeigt haben.

Wir stellen Sie für höchstens sechs Monate von Ihrer Pflicht zur Beitragszahlung frei. Die Beitragsbefreiung endet automatisch sechs Monate nach ihrem Beginn.

Die Beitragsbefreiung endet auch automatisch, sobald die Arbeitslosigkeit endet. Sie müssen uns über das Ende der Arbeitslosigkeit unverzüglich in Textform informieren.

Sobald die Beitragsbefreiung endet, sind Sie wieder zur Beitragszahlung verpflichtet.

Nicht erfasste Beschäftigungsverhältnisse:

d. Die Beitragsbefreiung gilt nicht für die folgenden Beschäftigungsverhältnisse:

- Wehrdienst, freiwilliger sozialer Dienst (z. B. Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales Jahr).
- Beschäftigung als Auszubildender oder als Praktikant.
- Beschäftigung als Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnenbetriebs.
- Beschäftigung bei Ihrem Ehepartner, Kind oder bei Ihren Eltern oder Geschwistern.

- Selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit.
- Geringfügige Beschäftigung.

Die Beitragsbefreiung gilt auch dann nicht, wenn Sie Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben.

4.2.7 Zahlung bei Kopfverletzung trotz Schutzhelm

Wir zahlen einen einmaligen Betrag in Höhe von 500 Euro, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie haben durch einen Unfall eine Kopfverletzung erlitten, obwohl Sie zum Zeitpunkt des Unfalls einen Schutzhelm getragen haben. Zum Beispiel beim Fahrradfahren, beim Skifahren oder bei Waldarbeiten.
- Durch die unfallbedingte Kopfverletzung ist eine Invalidität (A 3.2.1 a.) eingetreten.

Diese Leistung erbringen wir zusätzlich zu einer nach A 3.2 vereinbarten Invaliditätsleistung.

4.2.8 Psychologische Soforthilfe nach Unfall, Überfall oder Geiselnahme

a. Wünschen Sie psychologischen Rat, weil Sie einen Unfall hatten? Oder weil Sie Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden sind? Dann organisieren wir ein erstes telefonisches Gespräch mit einem Psychologen oder Psychotherapeuten. Die Kosten für das Gespräch übernehmen wir bis zu 500 Euro.

Den Ausschluss nach A 2.5.9 wenden wir hierfür nicht an.

b. In der Unfallversicherung Basis erbringen wir diese Leistung nicht.

4.2.9 Innovationsgarantie

Wir führen ein neues Produkt ein, dessen Leistungsumfang im Vergleich zu Ihren AUB-Bedingungen ausschließlich vorteilhaft ist? Dann gelten die Verbesserungen auch für Ihren Vertrag und zwar für alle ab diesem Zeitpunkt eintretenden Versicherungsfälle. Ausgenommen davon sind Leistungen aus A 4.3 und aus den Abschnitten D bis G Ihrer AUB-Bedingungen.

4.3 Welche Mehrleistungen bietet Ihre Unfallversicherung gegen Zusatzbeitrag?

Wir übernehmen die folgenden Mehrleistungen nur, wenn sie gegen Zusatzbeitrag vereinbart sind. Das können Sie in Ihrem Antrag und Versicherungsschein nachlesen.

Zur Unfallversicherung Basis können Sie die Leistungen nach A 4.3.5 und A 4.3.6 nicht hinzuwählen.

Die unter A 4.3.1 bis A 4.3.4 beschriebenen Mehrleistungen sind nicht miteinander kombinierbar. Sie können nur eine dieser Varianten pro Versicherung wählen: Entweder eine der Progressionen, oder die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent. Bei den Progressionen haben Sie die Wahl zwischen der Progression 225 Prozent, 500 Prozent oder 1.000 Prozent.

Progressionen sowie die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent können Sie nur zur Invaliditätsleistung abschließen. Für andere Leistungsarten gelten sie nicht.

4.3.1 Progression 225 %

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression 225 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme so aus:

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
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		

4.3.2 Progression 500 %

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression 500 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme so aus:

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		

Je versicherte Person ist die zusätzliche Leistung auf 800.000 Euro beschränkt.

Hat die versicherte Person mehrere Unfallversicherungsverträge bei der HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine und HUK24, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4.3.3 Progression 1.000 %

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression 1.000 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme so aus:

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	29	45	105	64	265	83	575
27	33	46	109	65	275	84	600
28	37	47	113	66	285	85	625
29	41	48	117	67	295	86	650
30	45	49	121	68	305	87	675
31	49	50	125	69	315	88	700
32	53	51	135	70	325	89	725
33	57	52	145	71	335	90	750
34	61	53	155	72	345	91	775
35	65	54	165	73	355	92	800
36	69	55	175	74	365	93	825
37	73	56	185	75	375	94	850
38	77	57	195	76	400	95	875
39	81	58	205	77	425	96	900
40	85	59	215	78	450	97	925
41	89	60	225	79	475	98	950
42	93	61	235	80	500	99	975
43	97	62	245	81	525	100	1000
44	101	63	255	82	550		

Je versicherte Person ist die zusätzliche Leistung auf 1.350.000 Euro beschränkt.

Hat die versicherte Person mehrere Unfallversicherungsverträge bei der HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine und HUK24, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4.3.4 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %

a. Ab einem Invaliditätsgrad von 90 Prozent erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

b. Je versicherte Person ist die zusätzliche Leistung auf 200.000 Euro beschränkt.

Hat die versicherte Person mehrere Unfallversicherungsverträge bei der HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine und HUK24, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4.3.5 Unfall PLUS

Sofortzahlung bei Knochenbrüchen und Oberschenkelhalsbruch:

a. Für folgende Verletzungen leisten wir eine Sofortzahlung:

- Bei einer Knochenfraktur. Dazu zählt auch ein Knocheneinriss (Haarriss des Knochens).

- Bei einem Oberschenkelhalsbruch. Dieser liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals, der Oberschenkelkopf oder der große Rollhügel gebrochen ist.

Voraussetzungen für unsere Leistung sind:

- Die Knochenfraktur ist durch einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt, entstanden. Bei einem Oberschenkelhalsbruch ist das jedoch nicht erforderlich.
- Die versicherte Person war wegen dieser Verletzung in medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Für Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. in Kuranstalten oder Erholungsheimen) besteht kein Anspruch auf Sofortzahlung. Wir leisten aber, soweit die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- Die versicherte Person hat die Verletzung unverzüglich ärztlich feststellen lassen.
- Die versicherte Person hat die Sofortzahlung bei uns innerhalb von drei Monaten nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht.

Ihre Versicherungssumme für die Sofortzahlung beträgt 1.500 Euro. Die Höhe der Leistung richtet sich nach der folgenden Tabelle:

aa. Vollstationärer, ununterbrochener Krankenhausaufenthalt von	
– mehr als 30 aufeinanderfolgenden Tagen	100 % der Versicherungssumme
– bis zu 30 aufeinanderfolgenden Tagen	50 % der Versicherungssumme
– weniger als 7 aufeinanderfolgenden Tagen	25 % der Versicherungssumme
bb. Ausschließlich ambulante Behandlung	10 % der Versicherungssumme

Bei einem Oberschenkelhalsbruch rechnen wir Krankheiten und Gebrechen (A 5.) nicht an.

Wir leisten die Sofortzahlung einmal je versichertem Ereignis. Das gilt auch:

- bei mehreren vollstationären Behandlungen. Maßgebend ist der längste Aufenthalt.
- bei mehreren ambulanten Behandlungen.
- bei mehreren Frakturen.

Erhöhte Kostenübernahme bei kosmetischen Operationen:

- b. Die Kosten für kosmetische Operationen übernehmen wir bis zu insgesamt 100.000 Euro. Es gelten die Regelungen unter A 4.1.2 b. bis d.

Erhöhte Kostenübernahme bei Serviceleistungen:

- c. Wir übernehmen die Kosten für Serviceleistungen nach A 4.1.3 a. bis f. bis zu insgesamt 100.000 Euro.

Erhöhte Reha-Beihilfe:

- d. Wir erhöhen unsere Leistung für die Reha-Beihilfe auf insgesamt 5.000 Euro je Unfall. Es gelten die Regelungen unter A 4.2.2 b. bis e.

Behindertengerechter Umbau von Kraftfahrzeug und Wohnung:

- e. Macht eine unfallbedingte Invalidität es medizinisch erforderlich, Kraftfahrzeug oder Wohnung der versicherten Person behindertengerecht umzubauen, erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir beraten Sie über geeignete behindertengerechte Anpassungen des Kraftfahrzeugs und der Wohnung.
- Wir organisieren den behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs und der Wohnung.
- Wir übernehmen die Kosten bis zu insgesamt 30.000 Euro für:
 - den behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs.
 - den behindertengerechten Umbau der Wohnung oder einen Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.
 - eine vorübergehende behindertengerechte Unterkunft während des Umbaus der Wohnung.

Der Höchstbetrag gilt für alle genannten Leistungen zusammen. Voraussetzungen für die Kostenübernahme sind:

- Es liegt eine unfallbedingte Invalidität (A 3.2.1 a.) von mindestens 30 Prozent vor. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A 5.) ist dabei anzurechnen. Verbesserte oder besondere Gliedertaxen werden nicht berücksichtigt.
- Der Umbau bzw. der Umzug erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.
- Die versicherte Person hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Krankenversicherung, Unfallverursacher).

Die Frage der Kostenübernahme stimmen wir mit den zuständigen Kostenträgern (z. B. der Krankenkasse) ab.

Kostenübernahme für medizinisch notwendige Hilfsmittel:

- f. Wir übernehmen die Kosten für die Anschaffung der folgenden medizinischen Hilfsmittel bis zu insgesamt 10.000 Euro: Arm- und Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstühle.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme sind:

- Es liegt eine unfallbedingte Invalidität (A 3.2.1 a.) von mindestens 30 Prozent vor. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A 5.) ist dabei anzurechnen. Verbesserte oder besondere Gliedertaxen werden nicht berücksichtigt.
- Aufgrund der unfallbedingten Invalidität ist das medizinische Hilfsmittel medizinisch notwendig geworden.
- Das medizinische Hilfsmittel wurde innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall ärztlich verordnet.
- Die versicherte Person hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Sozialversicherungsträger, Unfallverursacher, andere Versicherer).

Kostenübernahme für Blindenführhund:

- g. Wir übernehmen die Kosten für die Ausbildung und Anschaffung eines Blindenführhunds bis zu insgesamt 10.000 Euro. Voraussetzungen sind:

- Es liegt eine unfallbedingte Invalidität (A 3.2.1 a.) vor.
- Aufgrund dieser Invalidität wurde die Anschaffung eines Blindenführhunds medizinisch notwendig.
- Die Kosten sind innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall angefallen.
- Die versicherte Person hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Sozialversicherungsträger, Unfallverursacher, andere Versicherer).

Kostenübernahme für Umschulungsmaßnahmen:

- h. Wir übernehmen die Kosten für Schulungs- und Prüfungsgebühren für staatlich anerkannte Umschulungsmaßnahmen bis zu insgesamt 10.000 Euro. Voraussetzungen sind:

- Es liegt eine unfallbedingte Invalidität (A 3.2.1 a.) von mindestens 30 Prozent vor. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A 5.) ist dabei anzurechnen. Verbesserte oder besondere Gliedertaxen werden nicht berücksichtigt.
- Aufgrund der unfallbedingten Invalidität wurde eine berufliche Umschulung erforderlich.
- Die Umschulung ist innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall abgeschlossen.
- Die versicherte Person hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen (z. B. Sozialversicherungsträger, Unfallverursacher, andere Versicherer).

4.3.6 Verbesserte Gliedertaxe:

Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades nach A 3.2.2 a. erhöhen wir die Werte der Gliedertaxe um mindestens 20 Prozent. Ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent bildet dabei aber die Höchstgrenze. Daraus ergeben sich folgende Werte:

Arm	85 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	85 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %
eine Niere	25 %
beide Nieren	100 %
Milz	15 %
Milz bei Kindern unter 14 Jahren	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm	25 %
ein Lungenflügel	50 %

Die erhöhten Werte berücksichtigen wir auch in den folgenden Fällen:

- Bei Anrechnung einer Vorinvalidität nach A 3.2.2 c.
- Bei vereinbarter Progression (A 4.3.1, A 4.3.2 oder A 4.3.3).
- Bei Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent (A 4.3.4).

Im Übrigen gelten für die Höhe der Invaliditätsleistung die Regelungen unter A 3.2.2.

5. Wie wirken sich Krankheiten oder Gebrechen aus?

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen. Zu den Krankheiten zählen z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen. Zu den Gebrechen zählen z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder angeborene Sehnenverkürzungen.

b. Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei der Invaliditätsleistung und Rentenleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfall-Leistung die Leistung selbst. Das gilt auch für alle anderen Leistungsarten, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Beispiel: Eine Beinverletzung ergibt im konkreten Fall einen Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

Liegt der Mitwirkungsanteil unter 50 Prozent, nehmen wir die Minderung nicht vor.

c. Begründet die Krankheit oder das Gebrechen gleichzeitig eine Vorinvalidität (A 3.2.2 c.), mindert sich der Invaliditätsgrad nur um die Vorinvalidität.

B Gegenseitige Rechte und Pflichten

1. Ihr Recht auf Entschädigung – Was haben Sie zu beachten?

1.1 Was sind die Grundlagen für die Entschädigungsberechnung?

1.1.1 Welche Bedeutung hat die Versicherungssumme?

Die Versicherungssumme ist der vereinbarte Betrag, bis zu dem wir Sie entschädigen. Welche Versicherungssumme Sie für welche Leistungsart abgeschlossen haben, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

Haben Sie Mehrleistungen nach A 4.3.1 bis A 4.3.4 mit uns vereinbart, kann die Entschädigung höher ausfallen als die Versicherungssumme.

Für Kosten und manche Mehrleistungen gelten Entschädigungsgrenzen.

1.1.2 Wie wird die Entschädigung berechnet?

Wie die Entschädigung zu berechnen ist, hängt von der jeweiligen Leistungsart ab.

Maßgebend sind daher die Regelungen bei den einzelnen Leistungsarten. Sehen Sie dazu A 3.2 bis A 3.6.

1.1.3 Wie wirken sich Krankheiten oder Gebrechen aus?

Die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen rechnen wir unter bestimmten Voraussetzungen an. Das kann Ihre Entschädigung schmälern. Einzelheiten dazu finden Sie unter A 5.

1.2 Wann zahlen wir die Entschädigung?

a. Innerhalb eines Monats müssen wir in Textform erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen und in welchem Umfang. Bei der Invaliditätsleistung und bei der Rentenleistung haben wir hierfür drei Monate Zeit.

Die jeweilige Frist beginnt erst, wenn folgende Unterlagen bei uns eingegangen sind:

- Der Nachweis über den Unfallhergang und die Unfallfolgen.
- Bei der Invaliditätsleistung und bei der Rentenleistung zusätzlich der Nachweis darüber, dass das Heilverfahren abgeschlossen ist. Der Nachweis ist nur erforderlich, soweit wir ihn benötigen, um die Invalidität zu bemessen.

Zusätzlich müssen Sie die Obliegenheiten (B 3.1) beachten.

b. Wenn wir den Anspruch anerkannt haben, leisten wir innerhalb von zwei Wochen. Das tun wir auch, wenn wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe des Anspruchs geeinigt haben.

Falls unsere Leistung zunächst nur dem Grunde nach feststeht, zahlen wir angemessene Vorschüsse. Vorausgesetzt, Sie wünschen das.

c. Sie verlangen im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung, aber das Heilverfahren ist noch nicht abgeschlossen? Dann haben Sie einen Anspruch nur bis zu der Höhe, in der Sie eine Todesfall-Leistung mit uns vereinbart haben.

2. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

2.1 Zahlungsperiode

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode (= Versicherungsperiode) zahlen. Welche Zahlungsperiode Sie mit uns vereinbart haben, sehen Sie in Ihrem Versicherungsschein.

2.2 Was gilt für die Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags?

2.2.1 Rechtzeitige Zahlung

Die Zahlung ist rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit bewirkt ist. Zu welchem Zeitpunkt der Beitrag fällig wird, hängt davon ab, wann Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist.

Der Versicherungsschein ist Ihnen vor Versicherungsbeginn zugegangen? Dann müssen Sie den Beitrag unverzüglich nach Versicherungsbeginn zahlen. Der Versicherungsschein ist Ihnen erst nach Versicherungsbeginn zugegangen? Dann müssen Sie den Beitrag unverzüglich mit dem 15. Tag nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

Unverzüglich bedeutet hier: Innerhalb von zwei Wochen.

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab? Dann müssen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

2.2.2 Nicht rechtzeitige Zahlung

Leistungsfreiheit:

a. Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Das bedeutet: Wir müssen für einen Versicherungsfall, der vor der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags eingetreten ist, nicht leisten. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Sie haben es nicht zu verantworten, dass die Zahlung nicht rechtzeitig ist? Wenn Sie das nachweisen, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

Rücktritt:

b. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt ist.

Sie haben es nicht zu verantworten, dass die Zahlung nicht rechtzeitig ist? Wenn Sie das nachweisen, können wir nicht zurücktreten.

2.3 Was gilt für die Zahlung des Folgebeitrags?

2.3.1 Rechtzeitige Zahlung

Ein Folgebeitrag wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Zahlungsperiode fällig. Er ist dann unverzüglich zu zahlen.

2.3.2 Nicht rechtzeitige Zahlung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, bedeutet das für Sie:

Verzug:

a. Sie kommen ohne Mahnung in Verzug. Wir sind dann berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist. Das können z. B. Verzugszinsen sein.

Sie haben es nicht zu verantworten, dass die Zahlung nicht rechtzeitig ist? Wenn Sie das nachweisen, kommen Sie nicht in Verzug.

Zahlungsaufforderung:

b. Wir können Ihnen in Textform und auf Ihre Kosten eine Frist zur Zahlung setzen (Mahnung). Diese Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Mahnung betragen. Außerdem muss die Zahlungsaufforderung diese Hinweise enthalten:

- Wir sind leistungsfrei und können Ihnen kündigen, wenn Sie die Frist versäumen. Sehen Sie dazu B 2.3.2 c.
- Die offenen Beiträge, Zinsen und Kosten sind einzeln und je Vertrag beziffert.

Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht nach Mahnung:

c. Haben Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist (B 2.3.2 b.) noch nicht gezahlt, bedeutet das:

aa. Sie haben ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung keinen Versicherungsschutz.

bb. Außerdem können wir den Vertrag kündigen, ohne dabei eine Frist einhalten zu müssen (B 2.3.2 b.).

Haben wir die Kündigung schon in der Mahnung ausgesprochen? Dann wird sie zum Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist wirksam. Darauf müssen wir Sie aber ausdrücklich hingewiesen haben.

Sie zahlen innerhalb eines Monats, nachdem die Kündigung wirksam geworden ist? Dann wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag bleibt bestehen. Das gilt auch für den Fall, dass wir die Kündigung bereits mit der Mahnung ausgesprochen haben. Für Versicherungsfälle, die zwischen Fristablauf und Zahlung eintreten, haben Sie aber keinen Versicherungsschutz.

2.4 Was gilt bei vereinbartem SEPA-Lastschriftmandat?

Sie haben uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt? Dann ist die Zahlung rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und der Einziehung nicht widersprochen wurde. Es kann sein, dass wir trotz rechtzeitiger Zahlung den Beitrag erst später einziehen. Dann haben Sie trotzdem Versicherungsschutz.

Was gilt, wenn wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen konnten? Dann ist die Zahlung noch rechtzeitig, wenn Sie nach unserer Zahlungsaufforderung unverzüglich zahlen.

Sie haben es zu verantworten, dass wir nicht einziehen konnten? Dann können wir verlangen, dass Sie Ihre Zahlungen künftig anderweitig sicherstellen, bspw. per Banküberweisung.

2.5 Was gilt bei Teilzahlung?

Wenn Sie mit uns eine Ratenzahlung vereinbart haben und eine Rate nicht rechtzeitig zahlen, wird der Gesamtbeitrag sofort fällig. Außerdem können wir dann jährliche Beitragszahlung verlangen.

2.6 Was geschieht mit dem Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

2.6.1 Was gilt grundsätzlich?

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet? Dann steht uns ein anteiliger Beitrag zu. Dieser erfasst den Zeitraum, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

2.6.2 In welchen Fällen gibt es spezielle Regelungen?

Widerruf:

a. Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung? Dann müssen wir nur den Teil des Beitrags erstatten, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Das setzt aber voraus, dass wir Sie in der Widerrufsbelehrung hingewiesen haben:

- auf das Widerrufsrecht selbst,
- auf die Rechtsfolgen des Widerrufs und
- auf den zu zahlenden Betrag.

Außerdem müssen Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Wenn wir Sie darüber nicht belehrt haben, müssen wir auch noch den Beitrag für das erste Versicherungsjahr erstatten. Das gilt aber nicht, wenn Sie schon Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erhalten haben.

Rücktritt:

b. Treten wir vom Vertrag zurück, weil vorvertragliche Anzeigepflichten verletzt wurden? Dann steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

Anfechtung:

c. Beenden wir den Vertrag, indem wir wegen arglistiger Täuschung anfechten? Dann steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

3. Welche Obliegenheiten haben Sie bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls?

3.1 Wie müssen Sie sich verhalten?

Um unsere Leistung erbringen zu können, sind wir auf Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person angewiesen. Beachten Sie dazu die folgenden Verhaltensregeln (Obliegenheiten).

a. Bei und nach Eintritt eines Unfalls, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie Folgendes tun:

aa. Ziehen Sie einen Arzt hinzu, befolgen Sie seine Anordnungen und informieren Sie uns. Das müssen Sie alles unverzüglich tun. Bei geringfügig erscheinenden Unfallfolgen müssen Sie das erst dann tun, wenn Sie den wirklichen Umfang erkennen können. Das gilt auch für Unfallfolgen, die zunächst gar nicht erkennbar sind.

Außer den Obliegenheiten sind bei der Invaliditäts- und der Rentenleistung noch Fristen zu beachten. Die Regelungen dazu finden Sie unter A 3.2.1 b. (Invaliditätsleistung) und A 3.3.1 b. (Rentenleistung).

bb. Füllen Sie die Unfallanzeige, die wir Ihnen zugesandt haben, wahrheitsgemäß aus und senden Sie sie unverzüglich an uns zurück. Wenn wir weitere Auskünfte benötigen, müssen Sie uns auch diese wahrheitsgemäß und unverzüglich erteilen.

cc. Lassen Sie sich von den Ärzten untersuchen, die wir beauftragen. Wir übernehmen die notwendigen Kosten dafür und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

Sie sind hauptberuflich selbstständig oder freiberuflich tätig? Dann übernehmen wir den tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Verdienstausschlag. Sie können die Höhe des Verdienstausschlages nicht nachweisen oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand? Dann leisten wir einmalig 300 Euro.

dd. Ermöglichen Sie uns, diejenigen Auskünfte Dritter zu erhalten, die wir benötigen, um unsere Leistungspflicht zu prüfen. Das sind Auskünfte von:

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

Zu diesem Zweck können Sie die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Sie können die Auskünfte aber auch selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

b. Steht das Recht auf die Leistung einem Dritten zu, muss dieser die Obliegenheiten nach B 3.1 a. ebenfalls erfüllen. Das gilt aber nur insoweit, als ihm dies nach den tatsächlichen und rechtlichen Umständen möglich ist.

c. Hat der Unfall zum Tod geführt? Dann müssen sich die Rechtsnachfolger des Verstorbenen bei Bedarf darum bemühen, dass wir eine Obduktion veranlassen können. Das Gleiche gilt für sonstige Anspruchsteller, z. B. bezugsberechtigte Personen.

3.2 Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?

Verletzen Sie vorsätzlich eine der Obliegenheiten nach B 3.1, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Leistung.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, können wir unsere Leistung kürzen. Der Umfang der Kürzung richtet sich danach, wie schwer Ihr Verschulden wiegt. Im Einzelfall kann dies auch dazu führen, dass wir gar nicht leisten.

Unser Recht, die Leistung zu kürzen, ist ausgeschlossen, wenn Sie beweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Unabhängig davon müssen wir leisten, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit für keinen der folgenden Fälle ursächlich war:

- Den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls.
- Die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.

Das gilt aber nicht, wenn Sie eine Obliegenheit arglistig verletzen. In einem solchen Fall müssen wir nie leisten.

Sie haben eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit nach B 3.1 verletzt? In diesem Fall sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Das müssen wir durch eine gesonderte Mitteilung in Textform getan haben.

4. Was passiert mit der Unfallversicherung bei einer Veränderung Ihrer persönlichen Lebenssituation? Worauf müssen Sie achten?

4.1 Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

4.1.1 Wie müssen Sie sich verhalten?

Ändert sich die Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person, müssen Sie uns das unverzüglich mitteilen.

Eine Ausnahme davon gilt für den freiwilligen Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst).

4.1.2 Was passiert mit dem Beitrag und Ihrem Versicherungsschutz? Welche Rechte haben Sie?

a. Wie hoch der Beitrag ist, den Sie zahlen müssen, hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Beitragsbemessung ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

b. Das Berufsgruppenverzeichnis nimmt eine Unterteilung in verschiedene Gefahrengruppen vor. Bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung kann es zu drei Fallgestaltungen kommen:

- Die versicherte Person ist in eine tariflich ungünstigere Gefahrengruppe als bisher einzustufen.
- Die versicherte Person ist in eine tariflich günstigere Gefahrengruppe als bisher einzustufen.
- Die versicherte Person bleibt in ihrer bisherigen Gefahrengruppe.

c. aa. Im ersten Fall geschieht Folgendes:

- Wir lassen Ihren Beitrag unverändert und setzen die Versicherungssummen herab. Die niedrigeren Versicherungssummen gelten, sobald ein Monat nach der Änderung verstrichen ist.

- Wenn Sie das nicht wollen, können Sie Ihre Versicherungssummen beibehalten. Dann müssen wir Ihren Beitrag erhöhen. Das tun wir aber nur, wenn Sie uns diesen Wunsch ausdrücklich mitteilen.
- Haben Sie es versäumt, uns die Änderung anzuzeigen, und es ist ein Versicherungsfall eingetreten? Auch in diesem Fall behalten wir auf Ihren Wunsch Ihre Versicherungssumme bei. Wir leisten dann auf Basis Ihrer bislang vereinbarten Versicherungssumme. Den Beitrag berechnen wir rückwirkend zu dem Zeitpunkt nach, ab dem die Änderung eingetreten ist.

bb. Im zweiten Fall geschieht Folgendes:

- Wir lassen Ihren Beitrag unverändert und erhöhen die Versicherungssummen. Die höheren Versicherungssummen gelten, sobald uns Ihre Mitteilung zugegangen ist, spätestens aber einen Monat nach der Änderung.
- Wenn Sie das nicht wollen, behalten wir Ihre Versicherungssummen bei und senken Ihren Beitrag. Das tun wir aber nur, wenn Sie uns diesen Wunsch ausdrücklich mitteilen.

cc. Im dritten Fall wirkt sich die Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung auf Ihren Vertrag nicht aus.

4.2 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens?

4.2.1 Wie müssen Sie sich verhalten?

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name geändert hat.

4.2.2 Welche Folgen hat eine unterbliebene Mitteilung?

Haben Sie versäumt, uns darüber zu informieren, dass sich Ihre Anschrift geändert hat? Dann genügt es für eine Willenserklärung (bspw. Kündigung), wenn wir diese mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte uns bekannte Anschrift senden. Das trifft auch für eine Namensänderung zu, die Sie uns nicht mitgeteilt haben. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

Zu den Auswirkungen eines Wohnungswechsels lesen Sie B 4.3.

4.3 Welche Auswirkungen hat ein Wohnungswechsel auf Ihren Versicherungsschutz?

a. Sie müssen uns spätestens bei Umzugsbeginn mitteilen, wenn Sie (Versicherungsnehmer) Ihren Wohnort wechseln. Je nach Wohnort kann der Beitrag variieren, soweit er sich nach Regionen berechnet. Eine Region besteht aus einem oder mehreren Postleitzahlbereichen. Lesen Sie in Ihrem Versicherungsschein nach, ob der Beitrag nach Regionen berechnet wird. Die Region ist nie alleiniges, sondern eines von mehreren weiteren Merkmalen zur Berechnung des Beitrags.

b. Ist Ihr Vertrag einer anderen Region nach unserem Tarif zuzuordnen als bisher? Dann berechnen wir den Beitrag ab Umzugsbeginn nach der neuen Region. Ihr Beitrag kann sich dadurch erhöhen oder verringern.

Erhöhen wir den Beitrag aufgrund Ihres Umzugs, können Sie den Vertrag fristlos kündigen. Das müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung tun. Ihre Kündigung wirkt frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem sie uns zugegangen ist. Haben Sie fristgerecht gekündigt? Dann schulden Sie den Beitrag nur in der Höhe, die für Ihren bisherigen Wohnort maßgeblich ist.

c. Was passiert, wenn Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland aufgeben? Lesen Sie dazu die Regelung unter C 1.3.

5. Welche Anpassungsregelungen gibt es in der Unfallversicherung?

5.1 Wann passen wir die Beiträge an?

5.1.1 Wann und warum überprüfen wir die Beiträge?

Einmal jährlich müssen wir überprüfen, ob die Versicherungsbeiträge unverändert bleiben können oder ob wir sie erhöhen oder absenken müssen.

Zweck der Überprüfung ist, Folgendes sicherzustellen:

- Wir können unsere Verpflichtungen aus den Verträgen dauerhaft erfüllen.
- Die Beiträge werden sachgerecht berechnet.

5.1.2 Welche Regeln beachten wir dabei?

Bei der Überprüfung gelten folgende Regeln:

- Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- Wir fassen solche Versicherungsverträge zusammen, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen.
- Wir berücksichtigen die Entwicklung der Schadenkosten (einschließlich Schadenregulierungskosten) der Vergangenheit und ihre zu erwartende Entwicklung bis zur nächsten Überprüfung. Die Veränderungen müssen unvorhergesehen und nicht nur vorübergehend sein. Der Ansatz für Gewinn bleibt unverändert.

d. Wir berücksichtigen auch unternehmensübergreifende Statistiken. Das sind bspw. die statistischen Erkenntnisse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. Dies gilt jedoch nur, falls konzern-eigene Statistiken keine ausreichend sichere Grundlage bieten.

5.1.3 Welche Konsequenzen hat die Überprüfung?

Ergibt die Überprüfung höhere Beiträge als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Sind die neuen Beiträge niedriger als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

5.1.4 Wann wird die Anpassung wirksam?

Eine Beitragsänderung wird mit Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam.

5.1.5 Was sind die Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Anpassung?

Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen mindestens einen Monat im Voraus in Textform mitteilen. In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht (B 5.1.6) hin.

5.1.6 Welche Rechte haben Sie bei einer Anpassung?

Sie können den Vertrag kündigen, wenn eine Änderung der Tarife zu einer Beitragserhöhung führt. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Ihr Kündigungsrecht können Sie nur innerhalb eines Monats ausüben, nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist.

5.2 Wann werden die Versicherungssumme und der Beitrag erhöht („Dynamik“)?

5.2.1 Wie wird erhöht?

Wir erhöhen die Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die Rentenleistung und die Todesfall-Leistung, wenn Sie das mit uns vereinbart haben. Die Erhöhung beträgt jährlich 3 Prozent („Dynamik“). Sie können aber auch einen anderen Prozentsatz (maximal 10 Prozent) wählen. Möglich ist auch, auf die Dynamik zu verzichten. Was genau Sie mit uns vereinbart haben, können Sie im Antrag und in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

Dabei runden wir die Versicherungssummen für die Invaliditäts- und die Todesfall-Leistung jeweils auf volle 500 Euro auf. Die Versicherungssumme für die Rentenleistung runden wir auf volle 10 Euro auf.

Aus der neuen Versicherungssumme errechnen wir den künftigen Beitrag.

Die neue Versicherungssumme und den neuen Beitrag teilen wir Ihnen in Textform mit.

5.2.2 Wann wird erhöht? Und wann wird die Erhöhung wirksam?

Die Erhöhung nehmen wir zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres vor. Die Erhöhung wird zu diesem Zeitpunkt wirksam. Erstmals erhöhen wir zum zweiten Versicherungsjahr.

5.2.3 Für welche Unfälle gilt die Erhöhung?

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle, die nach Vornahme der Erhöhung eintreten. Das schließt solche Ereignisse ein, die einem Unfall gleichgestellt sind.

5.2.4 Können Sie der Erhöhung widersprechen?

Sie können der Anpassung der Versicherungssumme widersprechen. Dafür haben Sie sechs Wochen Zeit. Die Frist beginnt zu laufen, wenn Ihnen unsere Mitteilung über die Erhöhung zugegangen ist. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

Wenn Sie in Schrift- oder Textform widersprechen, genügt es, den Widerspruch rechtzeitig abzusenden, um die Frist zu wahren. Die Anpassung wird dann nicht wirksam.

5.2.5 Kann die dynamische Erhöhung widerrufen werden?

Sie können die dynamische Erhöhung für die gesamte weitere Laufzeit des Vertrags widerrufen. Wir dürfen das auch. Der Widerruf muss spätestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres zugehen. Haben Sie oder wir widerrufen, nehmen wir die dynamische Erhöhung ab dem folgenden Versicherungsjahr nicht mehr vor.

5.3 Was gilt, wenn die versicherte Person 18 Jahre alt wird?

5.3.1 Welchen Tarif wenden wir an?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kindertarif versicherte Kind 18 Jahre alt wird, gilt: Wir stellen die Versicherung auf den Erwachsenentarif Ihrer AUB um.

5.3.2 Welche Rechte haben Sie?

Für die Weiterversicherung nach dem Erwachsenentarif haben Sie ein Wahlrecht, über das wir Sie rechtzeitig informieren. Das Wahlrecht bietet zwei Möglichkeiten:

- Wir erhöhen Ihren Beitrag, die Versicherungssummen bleiben unverändert.

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, wir setzen die Versicherungssummen herab.

Wenn Sie die zweite Möglichkeit wünschen, müssen Sie uns das mitteilen. Das können Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres tun. Andernfalls führen wir den Vertrag fort, wie es im ersten Fall beschrieben ist. In diesem ersten Fall können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn sie uns spätestens einen Monat vor Ablauf zugeht.

5.4 Was gilt, wenn die versicherte Person 65 Jahre alt wird?

5.4.1 Welchen Tarif wenden wir an? Was bedeutet das für Sie?

- a. Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird, gilt: Wir stellen die Versicherung auf den Tarif für Personen ab 65 Jahren um.
- b. Ab diesem Zeitpunkt passen wir die Beiträge jährlich an das Lebensalter der versicherten Person an. Das gilt aber nur für die Invaliditätsleistung (A 3.2) und die Rentenleistung (A 3.3).

Wenn sich gleichzeitig eine Beitragsänderung nach B 5.1 ergibt, berücksichtigen wir diese ebenfalls.

- c. Den neuen Beitrag teilen wir Ihnen schriftlich mit. Das tun wir noch vor Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird. Ab dann informieren wir Sie jährlich über jede Beitragsveränderung.
- d. Wir nehmen die Beitragsveränderung erst für die Versicherungsperiode vor, die auf das geänderte Lebensalter folgt.

5.4.2 Welche Rechte haben Sie?

Sie können den Vertrag kündigen, wenn die Anpassung zu einer Beitrags-erhöhung führt. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Ihr Kündigungsrecht können Sie nur innerhalb eines Monats ausüben, nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist.

5.5 Wann können wir die Bedingungen (AUB) anpassen?

5.5.1 Welche Voraussetzungen müssen für eine Bedingungsanpassung vorliegen?

Bei bestehenden Verträgen sind wir berechtigt, einzelne Regelungen der Versicherungsbedingungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen. Für eine solche Anpassung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Unwirksamkeit der Regelung:

- a. Eine Regelung in den Versicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch eines der folgenden Ereignisse:
 - Ein Gesetz wurde geändert. Diese Änderung wirkt sich unmittelbar auf einzelne Regelungen des Versicherungsvertrags aus.
 - Es ändert sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zu Regelungen aus dem Versicherungsvertrag.
 - Ein bestandskräftiger Verwaltungsakt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder einer Kartellbehörde beanstandet einzelne Regelungen als mit geltendem Recht nicht vereinbar.

Das gilt auch, wenn sich die gerichtliche oder behördliche Entscheidung gegen eine Regelung eines anderen Unternehmens richtet. Voraussetzung ist, dass deren beanstandeter Regelungsgehalt inhaltsgleich mit der anzupassenden Regelung in Ihren Versicherungsbedingungen ist.

Anpassungsfähige Regelungen:

- b. Wir dürfen nur Regelungen anpassen über:
 - den Umfang Ihrer Unfallversicherung.
 - die Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles.
 - die Beitragszahlung sowie die Anpassung des Beitrags und der Versicherungssumme, die Umstellung auf den Erwachsenentarif und den Tarif für Personen ab 65 Jahren.
 - die Vertragsdauer, die Beendigung und die Kündigung des Vertrags.

Lückenfüllende Regelung nicht vorhanden:

- c. Die Unwirksamkeit der Regelung hat zu einer Lücke im Vertrag geführt. Diese Lücke stört das Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung, das bei Vertragsabschluss bestand, in erheblichem Maße. Außerdem sieht das Gesetz keine konkrete Bestimmung vor, mit der die Vertragslücke geschlossen werden kann.

5.5.2 Wie nehmen wir Anpassungen vor?

Angemessene Neuregelung:

- a. Die Anpassung nehmen wir nach den Grundsätzen der ergänzenden Vertragsauslegung vor. Das bedeutet, dass die unwirksame Regelung durch eine neue ersetzt wird. Maßgebend ist die Frage, welche Regelung Sie und wir gewählt hätten, wenn uns die Unwirksamkeit bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wäre. Die neue Regelung muss Ihren und unseren typischen Interessen gerecht werden.

Keine Verschlechterung:

- b. Die geänderte Regelung darf Sie nicht schlechter stellen als die Regelung, die bei Vertragsabschluss galt. Dies betrifft die geänderte Regelung sowohl für sich allein betrachtet als auch im Zusammenwirken mit anderen Bestimmungen des Vertrags.

Rechtzeitige Mitteilung:

- c. Die angepassten Regelungen müssen wir Ihnen bis spätestens sechs Wochen vor dem beabsichtigten Änderungstermin mitteilen und erläutern. Dafür müssen wir die Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) einhalten. In der Mitteilung müssen wir Sie über Ihr Widerspruchsrecht nach B 5.5.3 belehrt haben.

5.5.3 Welche Rechte haben Sie bei einer Anpassung?

Sie können der Anpassung innerhalb von sechs Wochen ab Zugang unserer Mitteilung widersprechen. Das müssen Sie in Textform tun. Der Widerspruch gilt als rechtzeitig, wenn Sie ihn innerhalb der sechswöchigen Frist absenden.

Die Anpassung tritt nicht in Kraft, wenn Sie form- und fristgerecht Widerspruch eingelegt haben. Andernfalls gilt die Anpassung als genehmigt.

C Was Sie zusätzlich noch zu beachten haben

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Wenn der Versicherungsschutz beginnt, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung für den Beginn ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig (B 2.2.1) zahlen.

1.2 Wie lange läuft der Vertrag? Wie kann er gekündigt werden?

Der Versicherungsvertrag wird für ein Jahr abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns gekündigt wird. Sie kündigen? Dann ist die Kündigung nur wirksam, wenn sie uns spätestens einen Monat vor Ablauf zugeht. Wir kündigen? Dann muss Ihnen die Kündigung spätestens drei Monate vor Ablauf in Textform zugegangen sein.

Das gilt auch, wenn der Vertrag nur deshalb kürzer als ein Jahr läuft, weil Sie Ihre Hauptfälligkeit verlegt haben.

Andere Verträge, die für eine kürzere Zeit als ein Jahr abgeschlossen wurden, verlängern sich nicht.

1.3 Was passiert, wenn Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland aufgeben?

Der Versicherungsschutz und der Vertrag enden, sobald Sie Ihren Hauptwohnsitz in Deutschland aufgeben. Als Hauptwohnsitz gilt der Wohnsitz, der den Mittelpunkt Ihrer Lebensinteressen darstellt.

1.4 Wie kann der Vertrag nach Eintritt des Versicherungsfalles beendet werden?

- a. Sie können den Versicherungsvertrag kündigen, wenn wir die Leistung erbracht haben. Unter der gleichen Voraussetzung dürfen auch wir kündigen. Dabei müssen wir die Textform einhalten. Die Kündigung muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat, nachdem wir geleistet haben, zugegangen sein. Zahlen wir einen Vorschuss, begründet das noch kein Kündigungsrecht.

- b. Sie haben auch in folgendem Fall ein Kündigungsrecht: Wenn wir die Leistung abgelehnt und Sie gegen uns Klage erhoben haben. Unter den gleichen Voraussetzungen dürfen auch wir kündigen. Dabei müssen wir die Textform einhalten. Die Kündigung muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Der Rechtsstreit kann durch Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils beendet worden sein.

- c. Sie kündigen? Dann wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können aber bestimmen, dass die Kündigung erst später wirksam wird. Als spätesten Termin dafür können Sie das Ende des laufenden Versicherungsjahres wählen.

Wir kündigen? Dann wird die Kündigung erst einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

2. Was gilt für die am Vertrag beteiligten Personen?

- a. Nur Sie als Versicherungsnehmer

- können die Rechte aus diesem Vertrag ausüben.
- haben die Rechte und Pflichten zur Vertragsgestaltung, z. B. zur Kündigung des Vertrags.
- haben die Pflicht zur Beitragszahlung.
- haben die Pflicht, uns einen Wohnortwechsel mitzuteilen.

Das gilt auch im Fall einer „Versicherung für fremde Rechnung“, d. h.: Wenn Sie die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen haben, die einer anderen Person zustoßen. Das gilt selbst dann, wenn die versicherte Person den Versicherungsschein besitzt. Bevor wir die Entschä-

digung an Sie zahlen, können wir den Nachweis verlangen, dass die versicherte Person ihre Zustimmung dazu erteilt hat. Die versicherte Person wiederum kann die Zahlung der Entschädigung nur mit Ihrer Zustimmung verlangen. Neben der versicherten Person sind auch Sie für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

- b. Von den unter a. geregelten Fällen abgesehen, gelten alle Bestimmungen, die für Sie gelten, für folgende Personen entsprechend:
- Für Ihre Rechtsnachfolger.
 - Für sonstige Anspruchsteller, z. B. versicherte Personen oder bezugsberechtigte Personen.
- c. Ansprüche aus dieser Versicherung können übertragen oder verpfändet werden. Solange sie nicht fällig sind, geht das nur mit unserer Zustimmung.

3. Meinungsverschiedenheiten

Sie sind mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden? Oder hat eine Verhandlung mit uns nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt?

- a. Als Verbraucher können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden:

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

*(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle für außergerichtliche Streitbeilegung. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei uns oder im Internet: www.versicherungsombudsmann.de

- b. Sie können sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Tel. 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

Die BaFin ist keine Schlichtungsstelle. Sie kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

- c. Außerdem steht Ihnen der Rechtsweg offen.

4. Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

D Unfall-Schutzbrief für Erwachsene

Leistungen aus dem Unfall-Schutzbrief für Erwachsene erbringen wir nur, wenn sie gegen Zusatzbeitrag vereinbart sind.

Die Leistungen erbringen wir nur in Deutschland.

Wir organisieren die Leistungen. Dazu setzen wir qualifizierte Dienstleister ein.

In bestimmten Fällen erstatten wir Ihnen in begrenzter Höhe Kosten. Geben Sie selbst Dienstleistungen in Auftrag, übernehmen wir die hierdurch entstehenden Kosten nicht.

1. Wer ist versichert?

1.1 Welche Personen sind versichert?

Wer versicherte Person ist, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

1.2 Welche Personen können nicht versichert werden?

- a. Im Unfall-Schutzbrief für Erwachsene sind nicht versicherbar: Personen, für die die gesetzliche Pflegeversicherung vor dem Unfall mindestens Pflegegrad 2 anerkannt hat.

Für diese Personen besteht auch dann kein Versicherungsschutz, wenn Sie für sie Beiträge zahlen.

Wir zahlen die Beiträge für den Unfall-Schutzbrief zurück, die Sie seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlt haben.

- b. Hat ein Unfall, der nach diesem Vertrag versichert ist, zur Anerkennung eines Pflegegrades durch die gesetzliche Pflegeversicherung geführt? Dann gilt die Regelung unter D 2.4.5.

2. Welche Leistungen werden erbracht?

2.1 Was sind die Voraussetzungen für die Leistungen?

2.1.1 Was sind die Voraussetzungen für die Beratungsleistungen?

Die Beratungsleistungen setzen voraus:

- Die versicherte Person hatte einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt.

- Eine unfallbedingte Invalidität nach A 3.2.1 a. von mindestens 50 Prozent droht oder ist eingetreten. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A 5.) berücksichtigen wir dabei.

2.1.2 Was sind die Voraussetzungen für die Hilfs- und Pflegeleistungen?

Die Hilfs- und Pflegeleistungen setzen voraus:

- Die versicherte Person hatte einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt.
- Durch den Unfall ist die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Die versicherte Person braucht daher bei Verrichtungen, die im Ablauf des täglichen Lebens gewöhnlich und regelmäßig anfallen, Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

Krankheiten und Gebrechen (A 5.) rechnen wir nicht an.

2.2 In welchem Umfang werden die Leistungen erbracht?

Der Umfang der Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen bemisst sich nach dem individuellen Bedarf, der durch den Unfall entstanden ist.

2.3 Welche Beratungsleistungen gibt es?

2.3.1 Medizinische Beratung

Unser Dienstleister informiert die versicherte Person über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung. Er berät sie über Fragen der Diagnostik, der Akut-Behandlung und über Anschluss-Therapien.

2.3.2 Reha-Beratung

Im Rahmen der Akut-Versorgung nimmt unser Dienstleister auf Wunsch der versicherten Person eine Reha-Beratung vor. Das geschieht in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten. Die Reha-Beratung hat zum Ziel, einen nahtlosen Übergang zwischen Akut-Versorgung und Anschluss-Rehabilitation zu ermöglichen.

Die Kosten für die Reha-Maßnahmen selbst übernehmen wir nicht.

2.3.3 Pflege-Beratung

- a. Im Rahmen der Reha-Maßnahmen ermittelt unser Dienstleister bei Bedarf die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen. Der Dienstleister stimmt sich dabei mit der versicherten Person, ihren Ärzten und Therapeuten ab.

- b. Bei häuslicher Pflege empfiehlt unser Dienstleister einen nach Möglichkeit ortsansässigen Pflegedienst. Er beauftragt diesen, nachdem er sich mit der versicherten Person abgestimmt hat. Mit ihr klärt der Dienstleister auch den Umfang der Beauftragung. Grundlage hierfür ist die Einschätzung der behandelnden Ärzte.

- c. Die Kosten für den Pflegedienst selbst übernehmen wir nicht.

2.3.4 Beratung über Hilfsmittelversorgung

Bei Bedarf entwickelt unser Dienstleister mit der versicherten Person, ihren Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept. Dieses Konzept stimmt der Dienstleister mit den zuständigen Kostenträgern ab und klärt dabei auch Fragen der Kostenübernahme.

2.4 Welche Hilfs- und Pflegeleistungen gibt es? Welche besonderen Regelungen gelten dafür?

2.4.1 Welche Hilfsleistungen gibt es für die versicherte Person?

Menüservice:

- a. Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Mittagmenü aus dem Angebot des Dienstleisters. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Wir versorgen auch Ehe- oder Lebenspartner. Voraussetzung ist, dass häusliche Gemeinschaft besteht und die versicherte Person für die Verpflegung gesorgt hat.

Einkäufe und Besorgungen:

- b. Wir kaufen für die versicherte Person Waren des täglichen Bedarfs ein. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Im gleichen Umfang erledigen wir auch notwendige Besorgungen.

Kosten für die eingekauften Waren und anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

Begleitung bei Arzt-, Therapie-, Krankengymnastik- und Behörden-gängen:

- c. Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Krankenhaus-, Therapie-, Krankengymnastik- und Behörden-terminen. Das tun wir bis zu zweimal in der Woche.

Wohnungsreinigung:

- d. Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Wäscheservice:

- e. Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person und pflegen deren Schuhe. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Hausmeisterdienst:

f. Unser Dienstleister schlägt Ihnen für folgende Tätigkeiten einen geeigneten Hausmeisterdienst vor:

- Notwendige Arbeiten zur Gartenpflege.
- Erfüllung von Reinigungspflichten (z. B. für den Bürgersteig vor dem Haus) und von Räum- und Streupflichten, die Ihnen obliegen.

Auf Wunsch unterstützt Sie unser Dienstleister bei der Organisation des Hausmeisterdienstes. Den Hausmeisterdienst müssen Sie aber selbst beauftragen. Die Kosten für den Hausmeisterdienst übernehmen wir nicht.

Notruf:

g. Wir versorgen die versicherte Person mit einer Notrufanlage. Über diese ist 24 Stunden am Tag eine Rufzentrale erreichbar. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Betreuung und Versorgung von Kindern:

h. Wir erbringen für Kinder, die noch keine 18 Jahre alt sind, bestimmte Betreuungs- und Versorgungsleistungen. Dafür übernehmen wir auch die Kosten. Das setzt aber voraus, dass das Kind mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Unsere Leistungen enthalten:

- Betreuung, z. B. bei Hausaufgaben:

Die Kinder werden nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person betreut. Art und Ausmaß der Betreuung legen wir nach dem Alter und der Selbstständigkeit der Kinder fest.

- Versorgung mit täglich einem Mittagmenü:

Bei Bedarf versorgen wir die Kinder mit täglich einem Mittagmenü aus dem Angebot des Dienstleisters. Art und Umfang weiterer Mahlzeiten legen wir nach dem Alter und der Selbstständigkeit der Kinder fest.

- Fahrdienst zu notwendigen Terminen, z. B. zu Arztterminen oder zur Schule. Das setzt voraus, dass die versicherte Person diese Fahrten ohne ihren Unfall erbracht hätte.

Wir erbringen die genannten Leistungen direkt nach dem Unfall, und zwar bis zu 48 Stunden. Danach leisten wir insgesamt bis zu zehn Stunden täglich.

Unsere Leistungen enden nach maximal 100 Tagen, gerechnet ab dem Unfallzeitpunkt.

Unsere Leistungen entfallen ganz oder teilweise, wenn sie eine andere Person (z. B. ein Verwandter) übernehmen kann.

Tag- und Nachtwache:

i. Wir organisieren und bezahlen eine Tag- und Nachtwache bis zu 48 Stunden. Das setzt voraus, dass die versicherte Person:

- aufgrund des Unfalls stationär behandelt oder ambulant operiert wurde und
- unmittelbar nach der Entlassung aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss.

Anlieferung von Medikamenten und Unterbringung von Haustieren:

j. Auf Wunsch übernehmen wir folgende Hilfsleistungen und übernehmen hierfür im vereinbarten Rahmen die Kosten.

- Anlieferung von Medikamenten:

Wir organisieren die Anlieferung von Medikamenten, die der versicherten Person ärztlich verordnet worden sind. Wir übernehmen die Kosten, die für die Lieferung anfallen.

- Unterbringung von Haustieren:

Wir organisieren die Unterbringung und Versorgung der Haustiere der versicherten Person in einer Tierbetreuungsstätte. Die Kosten für die Unterbringung und Versorgung übernehmen wir für maximal 100 Tage.

Vermittlung von Pflegehilfsmitteln:

k. Wir vermitteln die Pflegehilfsmittel, die aufgrund eines Unfalls erforderlich wurden (z. B. Rollstuhl, Gehhilfe). Das setzt voraus, dass die versicherte Person keinen Anspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen hat (z. B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung). Die Kosten für die Pflegehilfsmittel übernehmen wir nicht.

2.4.2 Welche Pflegeleistungen gibt es für die versicherte Person?

Grundpflege:

a. Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich eine Grundpflege, maximal zwei Stunden pro Tag. Zur Grundpflege gehören: Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, Hilfe beim Zubereiten, Aufnehmen und Ausscheiden von Nahrung.

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten dabei, notwendige Hilfsmittel auszuwählen und anzuschaffen.

Pfleges Schulung für Angehörige:

b. Wenn die versicherte Person ausschließlich von Angehörigen gepflegt wird, organisieren und zahlen wir eine einmalige Pflegeschulung. Das gilt für maximal zwei Angehörige. Die Pflegeschulung wird von Fachpersonal geleitet und vermittelt die Aufgaben der täglichen Pflege.

2.4.3 Welche Hilfs- und Pflegeleistungen gibt es für den pflegebedürftigen Partner, für nahe Verwandte oder für Schwiegereltern?

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen (D 2.4.1 und D 2.4.2) auch für folgende Personen: Ehe-, Lebenspartner, Verwandte ersten Grades sowie Schwiegereltern der versicherten Person.

Unsere Leistungen setzen voraus:

- Die versicherte Person hat sie gepflegt und ist wegen des Unfalls dazu nicht mehr in der Lage.
- Die versicherte Person und die zu pflegende Person leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Die gesetzliche Pflegeversicherung hat für die zu pflegende Person einen Pflegegrad anerkannt.

2.4.4 Für welchen Zeitraum erbringen wir die Hilfs- und Pflegeleistungen?

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach D 2.1.2 und D 2.4.3 vorliegen. Unsere Leistungen enden spätestens neun Monate nach dem Unfall der versicherten Person. Wenn für die einzelne Leistung ein kürzerer Zeitraum bestimmt ist, gilt dieser.

2.4.5 In welchem Verhältnis stehen unsere Hilfs- und Pflegeleistungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

Hilfs- und Pflegeleistungen für die versicherte Person:

a. Hat der Unfall zur Anerkennung eines Pflegegrades durch die gesetzliche Pflegeversicherung geführt? Dann gilt:

aa. Gewährt die Pflegeversicherung ausschließlich Sachleistungen, erbringen wir die Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

bb. Gewährt die Pflegeversicherung Geldleistungen, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

Hilfs- und Pflegeleistungen für Partner, nahe Verwandte oder Schwiegereltern:

b. Hat die gesetzliche Pflegeversicherung für den Partner, einen Verwandten ersten Grades oder für Schwiegereltern einen Pflegegrad anerkannt? Dann gilt:

aa. Wurden schon vor dem Unfall Sachleistungen gewährt, erbringen wir die Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

bb. Wurden schon vor dem Unfall Geldleistungen gewährt, erbringen wir die Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu einem Monat nach dem Unfall.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, enden unsere Leistungen spätestens neun Monate nach dem Unfall. Wenn für die einzelne Leistung ein kürzerer Zeitraum bestimmt ist, gilt dieser.

cc. Erkennt die gesetzliche Pflegeversicherung für die versicherte Person wegen des Unfalls einen Pflegegrad an, enden unsere Leistungen einen Monat danach. Das gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

2.4.6 Welche Obliegenheiten haben Sie nach dem Unfall? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?

a. Für Sie und die versicherte Person gelten zusätzlich zu B 3.1 folgende Obliegenheiten:

aa. Informieren Sie uns umfassend über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung müssen Sie uns mitteilen, wenn sich der Gesundheitszustand verändert hat.

Das gilt auch für Personen, die nach D 2.4.3 unsere Leistungen erhalten.

bb. Beantragen Sie Leistungen beim zuständigen Versicherungsträger, wenn der Unfall zu einer Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung führen könnte. Der Antrag ist unverzüglich nach dem Unfall zu stellen.

cc. Zeigen Sie uns unverzüglich an, wenn ein Pflegegrad anerkannt wird. Das Gleiche gilt, wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden.

b. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gelten die in B 3.2 beschriebenen Rechtsfolgen.

3. Was gilt für das Rechtsverhältnis zwischen Ihnen, uns und dem Dienstleister?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Vertragliche Beziehungen zwischen Ihnen und den von uns beauftragten Dienstleistern entstehen dadurch nicht. Das gilt auch für das Verhältnis zwischen der versicherten Person und unseren Dienstleistern.

4. Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?

Für den Unfall-Schutzbrief für Erwachsene gelten die Regelungen zur Beitragsanpassung unter B 5.1. Dort finden Sie Einzelheiten dazu, wann und wie wir anpassen dürfen.

5. Was passiert, wenn der Hauptvertrag beendet wird?

Der Versicherungsschutz aus dem Unfall-Schutzbrief für Erwachsene erlischt, wenn der Hauptvertrag beendet wird.

E Unfall-Schutzbrief für Kinder

Leistungen aus dem Unfall-Schutzbrief für Kinder erbringen wir nur, wenn sie gegen Zusatzbeitrag vereinbart sind.

Die Leistungen erbringen wir nur in Deutschland.

Wir organisieren die Leistungen. Dazu setzen wir qualifizierte Dienstleister ein.

In bestimmten Fällen erstatten wir Ihnen in begrenzter Höhe Kosten. Geben Sie selbst Dienstleistungen in Auftrag, übernehmen wir die hierdurch entstehenden Kosten nicht.

1. Wer ist versichert?

1.1 Welche Personen sind versichert?

Wer versicherte Person ist, können Sie in Ihrem Versicherungsschein nachlesen.

1.2 Welche Personen können nicht versichert werden?

a. Im Unfall-Schutzbrief für Kinder sind nicht versicherbar: Kinder, für die die gesetzliche Pflegeversicherung vor dem Unfall mindestens Pflegegrad 2 anerkannt hat.

Für diese Kinder besteht auch dann kein Versicherungsschutz, wenn Sie für sie Beiträge zahlen.

Wir zahlen die Beiträge für den Unfall-Schutzbrief zurück, die Sie seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlt haben.

b. Hat ein Unfall, der nach diesem Vertrag versichert ist, zur Anerkennung eines Pflegegrades durch die gesetzliche Pflegeversicherung geführt? Dann gilt die Regelung unter E 2.4.3.

2. Welche Leistungen werden erbracht?

2.1 Was sind die Voraussetzungen für die Leistungen?

2.1.1 Was sind die Voraussetzungen für die Beratungsleistungen?

Die Beratungsleistungen setzen voraus:

- Das versicherte Kind hatte einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt.
- Für eine telefonische Erstberatung ist weitere Voraussetzung, dass unfallbedingt eine Entwicklungsstörung droht.
- Für alle anderen Beratungsleistungen ist weitere Voraussetzung: Eine unfallbedingte Invalidität nach A 3.2.1 a. von mindestens 50 Prozent droht oder ist eingetreten.

2.1.2 Was sind die Voraussetzungen für die Hilfsleistungen?

Die Hilfsleistungen setzen voraus:

- Das versicherte Kind hatte einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt.
- Durch den Unfall ist das versicherte Kind in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Das versicherte Kind braucht daher bei Verrichtungen, die im Ablauf des täglichen Lebens gewöhnlich und regelmäßig anfallen, Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 In welchem Umfang werden die Leistungen erbracht?

Der Umfang der Beratungs- und Hilfsleistungen bemisst sich nach dem individuellen Bedarf, der durch den Unfall entstanden ist.

2.3 Welche Beratungsleistungen gibt es?

2.3.1 Telefonische Erstberatung

Unser Dienstleister übernimmt eine medizinische Erstberatung. Die Beratung erfolgt telefonisch. Die Beratungskosten übernehmen wir.

2.3.2 Medizinische Beratung

Unser Dienstleister informiert über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung. Er berät über Fragen der Diagnostik, der Akut-Behandlung und über Anschluss-Therapien.

2.3.3 Reha-Beratung

Im Rahmen der Akut-Versorgung nimmt unser Dienstleister auf Wunsch eine Reha-Beratung vor. Das geschieht in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten. Die Reha-Beratung hat zum Ziel, einen nahtlosen Übergang zwischen Akut-Versorgung und Anschluss-Rehabilitation zu ermöglichen.

Die Kosten für die Reha-Maßnahmen selbst übernehmen wir nicht.

2.3.4 Pflege-Beratung

a. Im Rahmen der Reha-Maßnahmen ermittelt unser Dienstleister bei Bedarf die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen. Der Dienstleister stimmt sich dabei mit dem versicherten Kind und den Erziehungsberechtigten sowie mit den Ärzten und Therapeuten ab.

b. Bei häuslicher Pflege empfiehlt unser Dienstleister einen nach Möglichkeit ortsansässigen Pflegedienst. Er beauftragt diesen, nachdem er sich mit dem versicherten Kind und den Erziehungsberechtigten abgestimmt hat. Mit ihnen klärt der Dienstleister auch den Umfang der Beauftragung. Grundlage hierfür ist die Einschätzung der behandelnden Ärzte.

c. Die Kosten für den Pflegedienst selbst übernehmen wir nicht.

2.3.5 Beratung über Hilfsmittelversorgung

Bei Bedarf entwickelt unser Dienstleister mit dem versicherten Kind und den Erziehungsberechtigten, Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept. Dieses Konzept stimmt der Dienstleister mit den zuständigen Kostenträgern ab und klärt dabei auch Fragen der Kostenübernahme.

2.3.6 Psychologische Erstberatung

Auf Wunsch übernimmt unser psychologischer Beratungsdienst bis zu drei Beratungen.

2.4 Welche Hilfsleistungen gibt es?

Welche besonderen Regelungen gelten dafür?

2.4.1 Welche Hilfsleistungen gibt es?

Menüservice:

a. Wir versorgen das versicherte Kind mit täglich einem Mittagmenü aus dem Angebot des Dienstleisters. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Einkäufe und Besorgungen:

b. Wir kaufen für die Familie des versicherten Kindes Waren des täglichen Bedarfs ein. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Im gleichen Umfang erledigen wir auch notwendige Besorgungen.

Kosten für die eingekauften Waren und anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

Fahrservice und Begleitung:

c. Wir erbringen folgende Leistungen:

- Wir bringen und begleiten das versicherte Kind zu notwendigen Arzt-, Krankenhaus-, Therapie-, Krankengymnastik- und Behördenterminen. Das tun wir bis zu zweimal in der Woche.
- Wir bringen das versicherte Kind zu Vereinssportveranstaltungen und entgeltlichen Kursen. Das tun wir bis zu zweimal in der Woche. Wir bringen das versicherte Kind täglich zur Betreuungsstätte und holen es wieder ab. Beispiele: Kita, Tagesmutter, Schule.

Wohnungsreinigung:

d. Wir reinigen den Wohnbereich der Familie des versicherten Kindes. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Wäscheservice:

e. Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der Familie des versicherten Kindes. Das tun wir einmal wöchentlich bis zu drei Stunden. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Betreuung von Geschwistern:

f. Wir betreuen Geschwister des versicherten Kindes, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und noch keine 18 Jahre alt sind. Die Kosten hierfür übernehmen wir. Es kann sich z. B. um die Betreuung bei der Erledigung von Hausaufgaben handeln. Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Art und Ausmaß der Betreuung legen wir anhand des Alters und der Selbstständigkeit der Geschwister fest.

Tag- und Nachtwache:

g. Wir organisieren und bezahlen eine Tag- und Nachtwache bis zu 48 Stunden. Das setzt voraus, dass das versicherte Kind:

- aufgrund des Unfalls stationär behandelt oder ambulant operiert wurde und
- unmittelbar nach der Entlassung aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss.

Vermittlung von Pflegehilfsmitteln:

h. Wir vermitteln die Pflegehilfsmittel, die aufgrund eines Unfalls erforderlich wurden (z. B. Rollstuhl, Gehhilfe). Das setzt voraus, dass das versicherte Kind keinen Anspruch gegen einen anderen Ersatzpflichtigen hat (z. B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung). Die Kosten für die Pflegehilfsmittel übernehmen wir nicht.

2.4.2 Für welchen Zeitraum erbringen wir die Hilfsleistungen?

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach E 2.1.2 vorliegen. Unsere Leistungen enden spätestens drei Monate nach dem Unfall des versicherten Kindes. Wenn für die einzelne Leistung ein kürzerer Zeitraum bestimmt ist, gilt dieser.

2.4.3 In welchem Verhältnis stehen unsere Hilfsleistungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

Hat der Unfall zur Anerkennung eines Pflegegrades durch die gesetzliche Pflegeversicherung geführt? Dann gilt:

- Gewährt die Pflegeversicherung ausschließlich Sachleistungen, erbringen wir die Hilfsleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.
- Gewährt die Pflegeversicherung Geldleistungen, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.5 Welche Leistungen erbringen wir bei unfallbedingtem Nachhilfeunterricht?

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind aufgrund des Unfalls mindestens vier Wochen lang ununterbrochen nicht am Schulunterricht teilnehmen kann. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 100 Nachhilfestunden, maximal bis 2.000 Euro.

Unsere Leistungen enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall.

2.6 Welche Obliegenheiten haben Sie nach dem Unfall? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?

a. Für Sie und das versicherte Kind gelten zusätzlich zu B 3.1 folgende Obliegenheiten:

- aa. Informieren Sie uns umfassend über den aktuellen Gesundheitszustand des versicherten Kindes. Auch während der Leistungserbringung müssen Sie uns mitteilen, wenn sich der Gesundheitszustand verändert hat.
- bb. Beantragen Sie Leistungen beim zuständigen Versicherungsträger, wenn der Unfall zu einer Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung führen könnte. Der Antrag ist unverzüglich nach dem Unfall zu stellen.
- cc. Zeigen Sie uns unverzüglich an, wenn ein Pflegegrad anerkannt wird. Das Gleiche gilt, wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden.

b. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gelten die in B 3.2 beschriebenen Rechtsfolgen.

3. Was gilt für das Rechtsverhältnis zwischen Ihnen, uns und dem Dienstleister?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Vertragliche Beziehungen zwischen dem versicherten Kind und den von uns beauftragten Dienstleistern entstehen dadurch nicht. Das gilt auch für das Verhältnis zwischen den Erziehungsberechtigten des versicherten Kindes und unseren Dienstleistern.

4. Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?

Für den Unfall-Schutzbrief für Kinder gelten die Regelungen zur Beitragsanpassung unter B 5.1. Dort finden Sie Einzelheiten dazu, wann und wie wir anpassen dürfen.

5. Was gilt, wenn die versicherte Person 18 Jahre alt wird?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind 18 Jahre alt wird, gilt: Wir stellen den Unfall-Schutzbrief für Kinder auf den Unfall-Schutzbrief für Erwachsene um.

6. Was passiert, wenn der Hauptvertrag beendet wird?

Der Versicherungsschutz aus dem Unfall-Schutzbrief für Kinder erlischt, wenn der Hauptvertrag beendet wird.

F Schwere Krankheiten bei Kindern

Die folgende Leistung ist automatisch Bestandteil des Vertrags, wenn der Unfall-Schutzbrief für Kinder mit uns vereinbart ist.

1. Was sind die Voraussetzungen für die Leistung?

Wir leisten bei folgenden Krankheiten einen einmaligen Betrag von 10.000 Euro:

- Krebs.
- Diabetes mellitus Typ I.

- Verlust des Seh-, Sprach- oder Hörvermögens, wenn dieser Verlust durch Hilfsmittel oder therapeutische Maßnahmen nicht mehr verbessert werden kann. Die Beurteilung, ob dies der Fall ist, richtet sich nach allgemeiner medizinischer Erfahrung. Als Hilfsmittel gelten z. B. eine Brille, ein Hörgerät oder ein Implantat.

Voraussetzungen sind:

- Die Erkrankung ist zum ersten Mal eingetreten, nachdem Sie die Leistung nach Abschnitt F mit uns vereinbart hatten.
- Die Erkrankung muss von einem Arzt festgestellt worden sein.

Es spielt keine Rolle, ob die Erkrankung durch einen Unfall oder unfallunabhängig eingetreten ist.

Bei mehreren Krankheiten (z. B. Taubheit und Stummheit), die auf derselben Ursache beruhen, erbringen wir unsere Leistung nur einmal.

Krebs:

a. Eine Krebserkrankung liegt bei einem bösartigen Tumor vor. Ein bösartiger Tumor setzt voraus:

- Es kommt zu unkontrolliertem Zellwachstum,
- die Tumorzellen säen aus und wandern in umliegendes Gewebe ein und
- zerstören gesundes Gewebe.

Der Begriff „Krebs“ umfasst dabei alle Arten bösartiger Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen.

Als Krebserkrankung gilt auch, wenn das versicherte Kind an Leukämie erkrankt.

Für Tumore ist ein feingeweblicher (histologischer) Befund nötig. Für Leukämie ist ein zellnachweislicher (zytologischer) Befund erforderlich.

Diabetes mellitus Typ I:

b. Diabetes mellitus Typ I liegt vor, wenn der Facharzt diese Krankheit diagnostiziert hat.

Verlust des Sehvermögens:

c. Ein Verlust des Sehvermögens liegt vor, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge höchstens folgende Werte erreicht:

- 1/50;
- oder 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist;
- oder 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist;
- oder 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist;
- oder 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Verlust des Sprachvermögens:

d. Ein Verlust des Sprachvermögens liegt vor, wenn das versicherte Kind nicht mehr in der Lage ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Der Sprachverlust muss auf eine Schädigung des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparats (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) zurückgehen.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Verlust der Sprache auf psychischen Störungen beruht.

Verlust des Hörvermögens:

e. Ein Verlust des Hörvermögens liegt vor, wenn das versicherte Kind auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist. Vollständig taub heißt, dass die Hörfähigkeit alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel nicht mehr erfasst.

2. Welche Obliegenheiten haben Sie nach der ärztlichen Feststellung der Krankheit? Welche Rechtsfolgen sind bei Verletzung dieser Obliegenheiten möglich?

Für Sie und das versicherte Kind gelten die in B 3. beschriebenen Obliegenheiten und Rechtsfolgen bei Verletzung einer Obliegenheit.

3. Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor?

Die Regelungen zur Beitragsanpassung unter B 5.1 gelten entsprechend. Dort finden Sie Einzelheiten dazu, wann und wie wir anpassen dürfen.

4. Was gilt, wenn das versicherte Kind 18 Jahre alt wird?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind 18 Jahre alt wird, gilt: Der Versicherungsschutz, den Sie für schwere Krankheiten des Kindes abgeschlossen haben, endet automatisch.

5. Was passiert, wenn der Hauptvertrag oder der Unfall-Schutzbrief für Kinder beendet wird?

Der Versicherungsschutz erlischt, wenn der Hauptvertrag oder der Unfall-Schutzbrief für Kinder beendet wird.

G Erweiterter Versicherungsschutz für infektionsgefährdete Berufsgruppen

1. Für wen gilt der erweiterte Versicherungsschutz?

Der erweiterte Versicherungsschutz bei Gesundheitsschäden durch Infektionen gilt für folgende Berufsgruppen:

- Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker.
- Zahntechniker, medizinisch-technische Assistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten.
- Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, andere staatlich geregelte Heilberufe.
- Hebammen und Entbindungspfleger.
- Arzthelfer, Altenpfleger und Altenpflegehelfer, Krankenpflegepersonal (z. B. Krankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer) und anderes Heilpersonal.
- Notfallsanitäter.
- Berufsfeuerwehrlaute, Freiwillige Feuerwehr, Technisches Hilfswerk.
- Vollzugsbeamte und Vollzugsbedienstete der Bundespolizei, der Polizei, des Zolls, der Justiz oder des Strafvollzugs.
- Studenten der Medizin, der Zahnheilkunde, der Tierheilkunde.
- Chemiker und Desinfektoren.

2. Wogegen haben Sie Versicherungsschutz?

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen. Voraussetzungen für den Versicherungsschutz sind:

- Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit (G 1.) infiziert.

- Die Krankheitserreger sind auf einem der folgenden Wege in den Körper gelangt:

- Durch eine Beschädigung der Haut, bei der mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt wurde.
- Bei Chemikern oder Desinfektoren durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.
- Bei den anderen Berufsgruppen nach G 1. dadurch, dass infektiöse Substanzen in Auge, Mund oder Nase gespritzt sind.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus. Ausnahme: Die versicherte Person praktiziert aktiv einen in G 1. genannten Heilberuf und hat sich mit Diphtherie oder Tuberkulose infiziert.

3. Welche Fristen gelten für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität?

Die Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung finden Sie unter A 3.2.1. Für den Eintritt, die Feststellung und die Geltendmachung der Invalidität gelten aber besondere Fristen:

- Die Invalidität ist innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall eingetreten.
- Ein Arzt hat sie innerhalb dieses Zeitraums in Textform festgestellt.
- Sie haben die Invalidität innerhalb dieses Zeitraums bei uns geltend gemacht. Geltend machen bedeutet: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Für eine Invaliditätsleistung muss jede dieser drei Fristen gewahrt sein.

4. Wann haben Sie keinen Versicherungsschutz?

Chemiker und Desinfektoren haben in folgendem Fall keinen Schutz:

Die Schädigung ist eine Berufskrankheit, die als Folge der beruflichen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich entstanden ist.

Glossar – Erklärung wichtiger Fachwörter

Sie fragen sich an der einen oder anderen Stelle, was mit einem bestimmten Begriff gemeint ist? Mit dem Glossar erklären wir Ihnen die wichtigsten Fachwörter.

Dieser Abschnitt ist kein Bestandteil Ihrer Bedingungen (AUB). Unser Glossar erhebt nicht den Anspruch, die Begriffe rechtlich abschließend zu beschreiben. Wir wollen aber unvermeidbare Fachwörter anschaulich darstellen, damit Sie ein so klares Bild wie möglich von deren Bedeutung haben.

1. Unfall

Die AUB definieren den Begriff des Unfalls. Dieser Unfallbegriff enthält folgende Merkmale:

- Es liegt ein plötzliches Ereignis vor, das von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkt (Unfallereignis).
- Durch das Unfallereignis erleidet die versicherte Person unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung.

Der Begriff „plötzlich“ meint die zeitliche Dauer des Ereignisses. Ein Ereignis kann auch unabhängig von der zeitlichen Dauer „plötzlich“ sein. Das ist der Fall, wenn es so unerwartet und überraschend eintritt, dass Sie ihm nicht mehr ausweichen können.

Bei einem „von außen auf den Körper wirkenden Ereignis“ führt typischerweise ein Kontakt des Körpers mit der Außenwelt zur Gesundheitsschädigung. Kein Unfall sind dagegen Gesundheitsschäden, die ohne Einfluss von außen auf einem rein inneren Vorgang des Körpers beruhen.

Eine „Gesundheitsschädigung“ ist eine Beeinträchtigung Ihrer Gesundheit, die nach medizinischen Gesichtspunkten feststellbar ist. „Unfreiwillig“ erleiden Sie eine Gesundheitsschädigung, wenn Sie diese weder gewollt noch billigend in Kauf genommen haben.

Beispiele für einen Unfall:

- Sie verletzen sich bei einer Kollision im Straßenverkehr.
- Sie stürzen von einer Leiter und ziehen sich eine schwere Kopfverletzung zu.
- Beim Fußballspielen bringt Sie Ihr Gegner mit einer Grätsche zu Fall. Dabei brechen Sie sich den Fuß.

2. Bewusstseinsstörungen

Bei normaler Verfassung ist ein Mensch fähig, Sinneseindrücke schnell und genau zu erfassen und angemessen auf sie zu reagieren. Diese Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit kann aber durch Krankheit, Alkohol, Drogen, Medikamente oder andere Mittel beeinträchtigt sein. Bei einer Bewusstseinsstörung ist diese Beeinträchtigung so stark, dass Sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen sind.

Ob eine Bewusstseinsstörung vorliegt, hängt im Wesentlichen von zwei Faktoren ab: Zum einen kommt es auf das Ausmaß an, in dem Ihre Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. Zum anderen ist die konkrete Situation entscheidend, in der Sie sich zum Zeitpunkt des Unfalls befunden haben.

Ein Unfall beruht z. B. auf einer Bewusstseinsstörung, wenn Sie ohnmächtig werden und deswegen die Treppe hinunterstürzen. Ein weiteres Beispiel: Verkehrsunfall infolge von Drogenkonsum.

3. Invalidität

Eine Invalidität liegt vor, wenn Ihre körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit durch einen Unfall dauerhaft beeinträchtigt ist.

Die Leistungsfähigkeit eines Menschen erfasst alle körperlichen und geistigen Funktionen des gesamten Organismus. Für den Grad der Invalidität ist entscheidend, inwieweit das gesamte Leistungsspektrum des Verletzten durch die Unfallverletzung beeinträchtigt wird. Dieses Leistungsspektrum bezieht sich auf alle Lebensbereiche. So kann sich ein Unfall nicht nur auf Ihre Leistungsfähigkeit im beruflichen Bereich, sondern auch im Freizeitbereich auswirken.

Die Leistungsfähigkeit muss durch die Unfallverletzung dauerhaft beeinträchtigt sein. Eine solche Feststellung setzt eine ärztliche Prognose voraus. Aus ihr muss sich ergeben, dass die gesundheitlichen Einbußen voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen werden und eine Besserung nicht zu erwarten ist.

4. Gliedertaxe

Die Gliedertaxe in den AUB legt den Invaliditätsgrad für bestimmte Gesundheitsschäden pauschal fest. Verlieren Sie ein in der Gliedertaxe genanntes Körperteil, Organ oder Sinnesorgan, oder wird es funktionsunfähig, gilt der dort vorgegebene Prozentsatz. Bei teilweisem Verlust ist nach medizinischen Gesichtspunkten der entsprechende Teil des vorgegebenen Prozentsatzes zu ermitteln. Das gilt auch bei teilweiser Funktionsbeeinträchtigung.

5. Progression

Gerade bei Unfällen mit schwerwiegenden Verletzungen steigen die finanziellen Belastungen. Die Vereinbarung einer Progression mildert diese Folgen ab, weil dann höhere Beträge zur Auszahlung kommen können.

Wir bieten drei verschiedene progressive Invaliditätsstufen an: die Progression 225 %, die Progression 500 % und die Progression 1.000 %. Eine Progression bewirkt eine Steigerung der Entschädigungsleistung in Stufen. Dieser Leistungszuwachs beginnt ab einem Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Die AUB enthalten Tabellen, die ab diesem Invaliditätsgrad den Anstieg der Invaliditätsleistung pro Prozentpunkt zeigen.

6. Rotatorenmanschette

Die Rotatorenmanschette besteht aus vier Muskeln und dazugehörigen Sehnen. Sie setzen am Schulterblatt an und ziehen zum Oberarmkopf. Sie umgeben das Schultergelenk wie eine Manschette und stabilisieren es. Dabei sorgen die einzelnen Muskeln dafür, dass Sie den Arm in alle Richtungen drehen können.

7. Leistungspflicht dem Grunde nach

Wann unsere „Leistungspflicht dem Grunde nach“ besteht, hängt von der jeweiligen Leistungsart ab.

Am Beispiel der Invaliditätsleistung wollen wir das näher erläutern. Bevor wir uns zu unserer Leistungspflicht dem Grunde nach äußern, prüfen wir verschiedene Fragen:

- Liegt ein Unfall vor, oder ein Ereignis, das einem Unfall gleichgestellt ist?
- Ist Invalidität eingetreten, d. h.: Ist die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt?
- Sind die Fristen für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität eingehalten?
- Ist der Versicherungsschutz durch einen der Tatbestände, die in den AUB geregelt sind, ausgeschlossen?

Im Einzelfall müssen wir noch weitere Umstände berücksichtigen. Beispiel: Wir sind ganz oder teilweise leistungsfrei, wenn Sie Ihre Obliegenheiten verletzt haben.

Von der Leistungspflicht dem Grunde nach zu trennen ist die Frage, in welcher Höhe wir leisten.

8. Obliegenheiten

Ihr Vertrag enthält verschiedene Obliegenheiten. Obliegenheiten sind typisch für das Versicherungsrecht und finden sich auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) wieder.

Eine Obliegenheit ist einer Pflicht ähnlich. Sie stellt eine Verhaltensregel auf, der Sie als Versicherungsnehmer nachkommen müssen. Obliegenheiten können z. B. darauf gerichtet sein, den Schaden zu mindern, ihn anzuzeigen oder aufzuklären.

Beispiel: Sie müssen uns einen Unfall unverzüglich anzeigen, wenn erkennbar ist, dass die Unfallverletzungen nicht folgenlos verheilen werden. Wenn wir Ihnen anschließend ein Formular zur Anzeige des Schadens senden, sind die darin enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Anschließend müssen Sie das ausgefüllte Formular unverzüglich an uns zurücksenden.

Wir können Sie nicht zwingen, Ihre Obliegenheiten einzuhalten. Trotzdem ist es für Sie in Ihrem eigenen Interesse wichtig, sie sorgfältig zu erfüllen. Denn wenn Sie das nicht tun, setzen Sie Ihre Entschädigung aufs Spiel: Verletzen Sie Obliegenheiten vorsätzlich, müssen wir im Regelfall gar nicht leisten. Verletzen Sie Obliegenheiten grob fahrlässig, haben wir u. a. das Recht, unsere Leistung zu kürzen. Außerdem dürfen wir bei bestimmten Obliegenheitsverletzungen den Vertrag kündigen.

Neben Ihnen ist auch die versicherte Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

9. Textform

Für manche rechtserhebliche Erklärungen müssen Sie die Textform einhalten. Das gilt auch für uns. Anders als bei der Schriftform ist bei der Textform eine eigenhändige Unterschrift nicht nötig. Sie können uns Ihre Erklärung z. B. als Brief, als Fax oder als E-Mail senden. Hauptsache, Sie haben die Erklärung lesbar auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben. Wichtig ist, dass Sie als der Erklärende für uns erkennbar sind. Außerdem müssen Sie deutlich machen, wo Ihre Erklärung endet. Das ist bspw. durch eine Grußformel möglich.

10. Zahlungen „bewirken“

Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, müssen Sie Ihre Beitragszahlungen rechtzeitig „bewirken“. „Bewirken“ heißt: Sie haben alles getan, was von Ihrer Seite her erforderlich war, um die Zahlung endgültig auf den Weg zu bringen.

Beispiel: Sie geben einen Überweisungsauftrag bei Ihrer Bank ab. Dann ist die Zahlung in diesem Augenblick bewirkt, wenn Ihr Konto ausreichend gedeckt ist. Die ausreichende Deckung des Kontos ist auch entscheidend, wenn wir den Beitrag von Ihrem Konto einziehen. Dagegen spielt es keine Rolle, wann die Bank die Überweisung oder die Einziehung vornimmt und den Betrag unserem Konto gutschreibt.