Bayerischer Versicherungsverband
Versicherungsaktiengesellschaft

UnfallSchutz Vario (AUB 2020)

Stand: 01.11.2020, SAP-Nr. 34 23 18 07/22 as

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB 2020 daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

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

Wer ist wer?

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

Inhalt

I. Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen AUB 2020
Stand 01.11.2020

A. Allgemeiner Teil

Der Versicherungsumfang
1. Was ist versichert?
1.1 Grundsatz
1.2 Geltungsbereich
1.3 Unfallbegriff
1.4 Erweiterter Unfallbegriff
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
2. Voraussetzungen und Bemessung der Invalidität
2.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
2.2 Geltendmachung der Invalidität
2.3 Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe
2.4 Bemessung des Invaliditätsgrades außerhalb der Gliedertaxe
2.5 Minderung bei Vorinvalidität
2.6 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
3.1 Krankheiten oder Gebrechen
3.2 Mitwirkung
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. Was ist nicht versichert?
5.1 Ausgeschlossene Unfälle
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
6. Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit
6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
6.2 Altersanpassung
6.3 Wegfall Dynamik
6.4 Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag - Dynamik

Der Leistungsfall
7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind die Leistungen fällig?
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
9.2 Fälligkeit der Leistung
9.3 Vorschüsse
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer
10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
10.2 Dauer und Ende des Vertrags
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
10.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag
11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
11.5 Folgen bei verspäteter Zahlung von Monats-,Vierteljahres-, oder Halbjahresbeiträgen
11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
11.8 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Weitere Bestimmungen
12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
12.1 Fremdversicherung
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
12.3 Bezugsrecht
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
13.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte
13.4 Anfechtung
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
14.1 Gesetzliche Verjährung
14.2 Aussetzung der Verjährung
15. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?
15.1 Beschwerdemöglichkeiten
15.2 Welches Gericht ist zuständig?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?
18. Wann können diese Bedingungen angepasst werden?
19 Leistungsgarantie Was gilt bei Bedingungsänderungen zum Vorteil des Versicherungsnehmers?

B. Leistungsarten

1. Invaliditätsleistung
2. Sofortleistung
3. Unfallrente
4. Unfall-Tagegeld
5. Krankenhaus-Tagegeld
6. Todesfallleistung
7. Bergungskosten

8. Kosmetische Operationskosten
9. Psychologische Betreuung
10. Familien-Vorsorgeversicherung
11. Rooming-In
12. Vollwaisenrente

II. Tarifbestimmungen

III. Zusatz- und Besondere Unfall-Versicherungsbedingungen
Es gelten nur die im Versicherungsschein vermerkten Bedingungen

Zusatzbedingungen für den AlltagsManager
Zusatzbedingungen für den RehaManager
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Finanzdienstleistertarif

I. Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen AUB 2020

A. Allgemeiner Teil

Der Versicherungsumfang
1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich
Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages weltweit.

1.3 Unfallbegriff
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff
Als Unfall gilt auch,

1.4.1 wenn sich die versicherte Person
durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere Eigenbewegung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
  Beispiel: Die versicherte Person lädt von einem LKW eine Waschmaschine ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
  Beispiel: Die versicherte Person zieht sich beim Vorführen einer Kräftigungsübung einen Muskelfaserriss zu.
  Bandscheiben und Menisken sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst und es besteht insoweit kein Versicherungsschutz.
- einen Knochen bricht.
  Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne erkennbare äußerliche Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.
  Dies gilt nicht für Stress- oder Ermüdungsbrüche sowie erkrankungsbedingte Brüche, wie Spontanbrüche und pathologische Brüche.

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

1.4.2 eine unfreiwillige Vergiftung
- durch Nahrungsmittel
  Beispiel: Die versicherte Person nimmt mit bakteriellen Toxinen (z. B. Salmonellen, Clostridien) belastete Nahrungsmittel zu sich. Dies führt zu einer schweren dauerhaften Gesundheitsschädigung.
  Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen mit einem Blutalkoholgehalt von über 2,5 Promille.
- durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums (bis einige Stunden) ausgesetzt war.
  Beispiel: Durch eine defekte Gasleitung tritt plötzlich Gas aus. Die versicherte Person bemerkt dies nicht und erleidet eine schwere Vergiftung.
  Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerbekrankheiten.
  Beispiel: Die versicherte Person arbeitet in einer Chemiefabrik und erleidet durch den jahrelangen Kontakt mit Chemikalien eine Vergiftung.

1.4.3 ein Gesundheitsschaden, den die versicherte Person
- bei rechtmäßiger Verteidigung
- bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen

erleidet, auch wenn diese bewusst in Kauf genommen wurden.
Beispiel: Die versicherte Person versucht einen Menschen aus einem brennenden Haus zu retten und erleidet dadurch Verbrennungen.

1.4.4 eine unfreiwillig erlittene tauchtypische Krankheit.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet durch zu schnelles Auftauchen die Caissonkrankheit oder eine Trommelfellverletzung.
Mitversichert ist auch Ertrinken oder Ersticken unter Wasser.

1.4.5 eine Gesundheitsschädigung durch
- Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,

soweit sich diese als Unfall im Sinne von Ziffer A.1.3 darstellt.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet durch einen Laserpointer eine dauerhafte Augenverletzung.
Nicht versichert sind Gesundheitsschäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind sowie Gesundheitsschäden durch Kernenergie (siehe Ziffer A.5.1.6).

1.4.6 eine Infektion
Der Krankheitserreger muss durch
- eine Beschädigung der Haut
- plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt sein.
Eine Beschädigung der Haut liegt vor, wenn mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt wird. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
Beispiel: Die versicherte Person wird von einem Insekt gestochen und erkrankt an Malaria.

Für Infektionen aufgrund von Zeckenstichen gilt zusätzlich:
Die Fristen für die von Ihnen versicherten Leistungsarten bzgl. Borreliose beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden wegen allergischer Reaktionen in Folge von Insektenstichen.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet durch einen Wespenstich einen allergischen Schock und verstirbt daran.

1.4.7 wenn eine Schutzimpfung gegen eine nach Ziffer A.1.4.6 versicherte Infektion eine Gesundheitsschädigung nach sich zieht.
Beispiel: Bei der versicherten Person tritt innerhalb der zu erwartenden Inkubationszeit nach einer Tetanus-Impfung eine Enzephalopathie (Gehirnerkrankung) ein. Diese führt zu einer dauerhaften Schädigung.

1.4.8 eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung durch Erfrierungen, selbst wenn diese nicht plötzlich auftreten.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet bei einer Bergtour Erfrierungen an den Zehen, die daraufhin abgenommen werden müssen.

1.4.9 eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung durch einen Sonnenbrand oder einen Sonnenstich, wenn diese als Folge eines Unfalles auftreten.

Beispiel: Die versicherte Person liegt nach einem Sturz mehrere Stunden ungeschützt in der Sonne und erleidet dadurch Verbrennungen 2. Grades am Rücken.

1.4.10 eine Gesundheitsschädigung durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.
Voraussetzung ist, dass die versicherte Person dem Entzug plötzlich und unfreiwillig ausgesetzt war und sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen konnte.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer A.3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer A.5).

2. Voraussetzungen und Bemessung der Invalidität
Die Verletzung/-en der versicherten Person hat eine Invalidität zur Folge. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.
Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Leistung. Eine Verlängerung dieser Fristen ist ausgeschlossen.

2.2 Geltendmachung der Invalidität
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Leistung ausgeschlossen. Diese Frist kann nicht verlängert werden.

2.3 Bemessung des Invaliditätsgrads nach der Gliedertaxe
Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer A.2.4).

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

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

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	65 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Verlust sämtlicher Finger einer Hand maximal	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	55 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	50 %
Niere	25 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 %. Ist der Arm um 1/10 in seiner Funktion aufgrund eines Oberarmbruches beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 % (= 1/10 von 80 %).

2.4 Bemessung des Invaliditätsgrads außerhalb der Gliedertaxe
Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.
Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.5 Minderung bei Vorinvalidität
Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer A.2.3 und Ziffer A.2.4 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % (=1/10 von 80 %). Diese 8 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 %.

2.6 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane
Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (=80 %) und ein Fuß zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (1/2 von 50 % = 25 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

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

3.1 Krankheiten oder Gebrechen
Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die ausschließlich durch das Unfallereignis verursacht wurden.
Wir leisten nicht für Krankheiten, Gebrechen oder deren therapeutischen Maßnahmen.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Gelenkserkrankungen oder Diabetes; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder angeborene Sehnenverkürzung. Es ist nicht zwingend erforderlich, dass Gebrechen behandelt werden.

3.2 Mitwirkung
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten, Gebrechen oder deren therapeutischen Maßnahmen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten, Gebrechen oder deren therapeutischen Maßnahmen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.

  Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 60 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 4 %.
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 60%, nehmen wir keine Minderung vor. Eine Minderung ab 60% erfolgt unabhängig davon, ob die versicherte Person deswegen aktuell oder in der Vergangenheit in ärztlicher Behandlung war.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die nach Feststellung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder Sozialen Pflegeversicherung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derartig eingeschränkt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremder Hilfe bedürfen. Dies ist spätestens ab dem Datum der Einstufung in mindestens Pflegegrad 3 gegeben.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer A.4.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese Person endet gleichzeitig die Versicherung.

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

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person beim Lenken von Kraftfahrzeugen, wenn der Blutalkoholgehalt mindestens 1,1 Promille beträgt.

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

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

Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 22. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt.
  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs.
  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
  Beispiel: Besatzungsmitglied oder Passagier

Nicht unter diesen Ausschluss fällt der Luftsport, für den keine behördliche Erlaubnis erforderlich ist.
Beispiele: Flugschüler, der den Luftsport erlernt, Passagier beim Tandem-Fallschirmsprung oder Passagier in einem Segelflugzeug oder Ballon.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
Beispiel: Gleichmäßigkeitsfahrten, lizenz- und nicht-lizenzpflichtiger Rennsport mit Motorfahrzeugen oder Motorrädern.

Illegale bzw. strafbare Veranstaltungen sowie die berufliche bzw. professionelle Ausübung von Wettfahrten sind generell vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Nicht unter diesen Ausschluss fallen Fahrsicherheitstrainings mit Instruktor (zum Beispiel Sektionstraining), Sternfahrten, Zuverlässigkeitsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten oder Orientierungsfahrten. Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle bei Go-Kart-Fahrten, die als Freizeitvergnügen angeboten werden, kein besonderes Training erfordern und außerhalb des öffentlichen Straßenverkehrs stattfinden.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Stürzt die versicherte Person einen Abhang hinunter und erleidet hierbei Wirbelfrakturen, Bandverletzungen und einen Bandscheibenschaden, so ist hier ein unfallbedingter Bandscheibenschaden zu prüfen.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
Beispiel: Bei einer Darmspiegelung kommt es zu einer Perforation des Darmes.

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.3 Infektionen, die nicht nach Ziffer A.1.4.6 versichert sind.

5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:
- Posttraumatische Belastungsstörung oder Depressionen nach einem Unfall
- Angstzustände des Opfers nach einer Straftat

Ausnahme:
Die Folgen psychischer Störungen sind überwiegend auf eine durch den Unfall verursachte hirnorganische Verletzung zurückzuführen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Schädigung des Frontallappens führt zu erheblichen Gedächtnisproblemen.

6. Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.
Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser Berufsgruppenverzeichnis. Hinweise hierzu finden Sie in den Tarifbestimmungen.

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter.
Dies gilt ab Zugang Ihrer Mitteilung.

6.2 Altersanpassung
Der bei Vertragsbeginn entsprechend dem Alter der versicherten Person ermittelte Beitrag wird während der Vertragslaufzeit in einigen Altersgruppen der erhöhten Gefahr entsprechend angepasst.

6.2.1 Bei folgenden Altersgrenzen wird der Beitrag zum Ende des Versicherungsjahres angepasst:
- Einmalig zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Einmalig zum vollendeten 45. Lebensjahr
- Jährlich vom vollendeten 65. bis 80. Lebensjahr

6.2.2 Die Anpassung erfolgt zum Ende des Versicherungsjahres, indem die versicherte Person das Alter der jeweils gültigen Altersklasse erreicht. Über die Anpassung informieren wir Sie vor dem Umstellungszeitpunkt.

6.2.3 Bei Erreichen der jeweiligen Altersgrenzen wird eine automatische Anpassung des Beitrags durchgeführt. Zum Zeitpunkt des Wechsels gelten die dann gültigen Tarifbeiträge für die jeweilige Altersklasse. Die Versicherungssummen bleiben dabei unverändert.

Auf Ihren Wunsch führen wir bei Erreichen des vollendeten 18. und 45. Lebensjahres den Vertrag auch mit gleichem Beitrag und reduzierten Versicherungssummen weiter. Dies gilt nicht für die Leistungsarten Alltags- und RehaManager. Für diese Leistungsarten erhöht sich der Beitrag. Diese schließen wir auf Ihren Wunsch aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.
Die Mitteilung muss uns innerhalb von 6 Wochen nach Beginn des neuen Versicherungsjahres vorliegen.

6.3 Wegfall Dynamik
Wenn eine Dynamik vereinbart ist, entfällt diese zum Ende des Versicherungsjahres in dem die Höchstversicherungsgrenze für Invalidität und Unfall-Rente erreicht wird bzw. die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

6.4 Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag – Dynamik – sofern vereinbart

6.4.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen (jährlich) um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 %. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm über einstimmt.

6.4.2 Die Versicherungssummen werden wie folgt aufgerundet:
- Invalidität und Tod auf volle Tausend Euro
- Unfall-Rente und Sofortleistung auf volle Zehn Euro
- Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle Euro

6.4.3 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eingetretenen Unfälle.

6.4.4 Die Versicherungssummen für alle anderen Leistungsarten werden nicht erhöht.

6.4.5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine Mitteilung in Textform über die Erhöhung.
Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
6.4.6 Sie und wir können diese Vereinbarung (auch) für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

6.4.7 Besteht für ein versichertes Kind nach Ziffer A.11.7 eine Beitragsbefreiung wegen Tod des Versicherungsnehmers entfällt die Dynamik.

Der Leistungsfall

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

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

7.2 Sämtliche Angaben und Unterlagen, um die wir Sie und/oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt bzw. vorgelegt werden.
Die Unfallanzeige müssen Sie und/oder die versicherte Person vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich unterschrieben zurücksenden.

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten, die durch die Untersuchung von uns beauftragter Ärzte entstehen und die Fahrtkosten zum Gutachter entsprechend der aktuell gültigen Fahrtkostenpauschale.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie und/oder die versicherte Person müssen die von uns angeforderten Unterlagen in Kopie und in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, gegebenenfalls es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu muss die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen.
Anfallende Übersetzungskosten sind von Ihnen zu tragen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von acht Wochen ab dem Todestag zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion - durch einen von uns beauftragten Arzt - durchführen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer A.7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer A.7.
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis 1 Promille der versicherten Summe
- bei Unfall-Rente bis zu 5% der vereinbarten Monatsrente

- bei Sofortleistung bis zu 1% der versicherten Summe
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz
- bei Krankenhaus-Tagegeld bis zu einem Krankenhaus-Tagegeldsatz.
- AlltagsManager: bis 20 Euro

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

9.3 Vorschüsse
Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall maximal bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.
Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

10.2.3 Vertragsbeendigung
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Das Kündigungsrecht nach Leistung besteht nach jeder Zahlung innerhalb einer Leistungsart und bei jeder Leistungsart erneut (Krankenhaustagegeld, Tagegeld, Sofortleistung, Invalidität, Unfallrente), gegebenenfalls mehrmals im Laufe der Bearbeitung des Schadenfalls.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder rechtskräftiger Beendigung des Rechtsstreits in Textform zugegangen sein.

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

10.4 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Das Versicherungsjahr beginnt um null Uhr des Tages des auf dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns und endet 12 Monate später zum Ablauf des Tages welcher dem Tag des Versicherungsbeginns vorausgeht.

> **Beispiel**: Steht auf dem Versicherungsschein der 5.1.XX00 als Beginn, beginnt das Versicherungsjahr am 5.1.XX00 um null Uhr und endet am 4.1.XX01 um 24 Uhr.

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

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

Bei Verträgen mit Laufzeit unter einem Jahr ist der Beitrag auf einmal zu zahlen.

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.
Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben. Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer A.11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.
Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.
Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Folgen bei verspäteter Zahlung von Monats-, Vierteljahres- oder Halbjahresbeiträgen
Sind Monats-, Vierteljahres- oder Halbjahresbeiträge vereinbart, sind die noch ausstehenden Beiträge bis zum Ende des Versicherungsjahres sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung eines Beitrags in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft eine andere Beitragszahlung (z. B. jährlich) verlangen.

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

11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

11.7.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Die Beitragszahlung endet mit der nächsten auf den Todestag folgenden Beitragsfälligkeit. Wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben, entfällt diese für das versicherte Kind. Das Kündigungsrecht nach Ziffer A.10.2.3 und A.10.3 gilt weiterhin.

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

11.8 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit- sofern vereinbart

11.8.1 Voraussetzungen
Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis, verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei dem zuständigen Arbeitsamt arbeitslos.
Das Arbeitsverhältnis

- ist sozialversicherungspflichtig,
- ist unbefristet,
- ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages ungekündigt.
- hat eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden.
- unterliegt dem deutschen Arbeitsrecht und ist nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf oder zum Zweck der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.
- besteht entweder seit mindestens 2 Jahren ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber oder es besteht seit einem Jahr ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber und schließt unmittelbar an
  - eine ununterbrochene Kindererziehungszeit von mindestens 2 Jahren an.
  - eine ununterbrochene Berufsausbildung von mindestens 2 Jahren an.
  - ein ununterbrochenes Studium von mindestens 2 Jahren an.
  - ein ununterbrochenes vorheriges Arbeitsverhältnis von mindestens 2 Jahren an.

Andere Arbeitsverhältnisse bleiben unversichert. Die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Geeignete Unterlagen erstellen Ämter, Behörden, Arbeitgeber und Ausbildungsträger wie Schulen und Universitäten.

11.8.2 Wartezeit
Kein Anspruch auf beitragsfreie Weiterführung besteht, wenn die Arbeitslosigkeit innerhalb von 6 Monaten nach dem Versicherungsbeginn eintritt.

11.8.3 Wann beginnt und wann endet die Beitragsbefreiung
Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu gilt die Beitragsbefreiung erst mit dem Zugang des Nachweises.
Die Beitragsbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung. Bei erneuter Arbeitslosigkeit setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.
Nach der Beendigung der Beitragsbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig weitergeführt.
Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

11.8.4 Art und Höhe der Leistung
Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.
Versicherungsschutz besteht mit den zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen. Wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben, entfällt diese. Das Kündigungsrecht nach Ziffer A.10.2.3 und A.10.3 gilt weiterhin.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung
Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).
Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

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

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

12.3 Bezugsrecht
Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts werden uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen zu Lebenszeiten in Textform angezeigt worden sind.

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.
Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.
Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:
Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.
Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung
Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer A.11.1.1) Vertragsbestandteil.
Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.
Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.
Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.
Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung
Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.
Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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

14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

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

15. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

15.1 Beschwerdemöglichkeiten
Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

15.1.1 Versicherungsombudsmann
Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei
arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail-Adresse an: odr-Kommunikation@vkb.de. Diese E-Mail-Adresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen Europäischer Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte unsere allgemeinen Kontaktadressen.

15.1.2 Versicherungsaufsicht
Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

15.2 Welches Gericht ist zuständig?
Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

15.2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

15.2.3 Bei Wohnsitzwechsel ins Ausland ist für Klagen gegen
- uns das örtliche Gericht am Sitz unseres Unternehmens zuständig.
- Sie das örtliche Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder am Sitz des Versicherungsvermittlers zuständig.

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

16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen in Textform an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

17. Welches Recht findet Anwendung?
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Wann können diese Bedingungen angepasst werden?
Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

19. Leistungsgarantie
Was gilt bei Bedingungsänderungen zum Vorteil des Versicherungsnehmers?
Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2020) ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

B. Leistungsarten

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich ausschließlich aus dem Vertrag, unabhängig von der folgenden Aufzählung.

1. Invaliditätsleistung - sofern vereinbart

1.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat eine unfallbedingte Invalidität erlitten. Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten Ziffer A.2 und Ziffer A.3.

1.2 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer A.2 und Ziffer A.3 sind erfüllt.

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

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

1.3 Art und Höhe der Leistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

1.4 Progressive Invaliditätsstaffel (225 %) - sofern vereinbart

1.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten, Gebrechen oder deren therapeutische Maßnahmen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt. (Ziffer A.3).

1.4.2 Art der Leistung
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer weitere 1 % aus der Versicherungssumme. Daraus ergibt sich folgende Tabelle:

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

1.5 Progressive Invaliditätsstaffel (350 %) - sofern vereinbart

1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt.

1.5.2 Art der Leistung
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme. Daraus ergibt sich folgende Tabelle:

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

1.6 Progressive Invaliditätsstaffel (500 %) - sofern vereinbart

1.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt.

1.6.2 Art der Leistung
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme. Daraus ergibt sich folgende Tabelle:

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

1.7 Progressive Invaliditätsstaffel (1000 %) - sofern vereinbart

1.7.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt.

1.7.2 Art der Leistung
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 14 % aus der Versicherungssumme. Daraus ergibt sich folgende Tabelle:

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

1.8 Maximalleistung ab 50 % - sofern vereinbart

1.8.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt.

1.8.2 Art der Leistung
Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, wird die vereinbarte Grundinvaliditätssumme mit dem Faktor 5 multipliziert.

Beispiel: Es besteht unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Bei einer vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 EUR zahlen wir diese fünffach, somit 500.000 EUR.

1.9 Mehrleistung ab 70 % - sofern vereinbart

1.9.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad wird nach Ziffer A.2 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt.

1.9.2 Art der Leistung
Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 %, wird der Invaliditätsgrad mit dem Faktor 5 multipliziert. Daraus ergibt sich folgende Tabelle:

Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
70	350	81	405	92	460
71	355	82	410	93	465
72	360	83	415	94	470
73	365	84	420	95	475
74	370	85	425	96	480
75	375	86	430	97	485
76	380	87	435	98	490
77	385	88	440	99	495
78	390	89	445	100	500
79	395	90	450		
80	400	91	455		

2. Sofortleistung - sofern vereinbart
Bei einer in Ziffer B.2.1 aufgeführten unfallbedingten Verletzung zahlen wir einen bestimmten Betrag sofort, d. h. ohne Nachweis eines Dauerschadens. Eine Anrechnung auf die Invaliditätsleistung nach Ziffer B.1 erfolgt nicht.

2.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person erleidet einen Oberschenkelhalsbruch (auch unfallunabhängig) oder durch einen Unfall eine der folgenden Verletzungen:

- Schultereckgelenksprengung nach Rockwood III-VI
- Oberarmfraktur
- Ellbogengelenksfraktur
- Unterarmfraktur
- Kahnbeinfraktur (Hand)
- Oberschenkelfraktur
- Kniescheibenfraktur
- Kreuzbandruptur, komplette Erstruptur des Originalbandes (d.h. nicht für Re-Rupturen und bei bereits vorhandener Ersatzplastik)
- Schienbeinfraktur
- Sprunggelenksfraktur
- Sprungbeinfraktur
- eine oder mehrere Wirbelkörperfraktur(en)
- Vordere oder hintere Beckenringfraktur mit Instabilität, operiert
- Fersenbeinfraktur, operiert
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputationen ab vier ganzen Fingern im Mittelhandbereich oder Daumen alleine komplett
- Amputation gesamter Vor- und Mittelfuß
- Verbrennungen 3. oder 4. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche
- Dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Schädel-Hirn-Trauma mit traumatischer Hirnblutung
- Orbitalbodenfraktur, operiert
- Rippenserienfraktur, mindestens 6 Rippen oder mehr

Ein Anspruch auf Sofortleistung entsteht nicht bei Haarrissen, knöchernen Ausrissen (Abrissfrakturen) und/oder Knochenabsplitterungen.

Ein Anspruch auf Sofortleistung besteht, sobald der Oberschenkelhalsbruch oder die unfallbedingte Verletzung von Ihnen anhand eines ärztlichen Befundberichtes, dieser muss auch die Ursache der Verletzung und die Diagnose enthalten, nachgewiesen wurde. Der Versicherer ist berechtigt zur abschließenden Beurteilung des Vorliegens der Verletzung bildgebende Dokumente anzufordern. In diesem Fall sind diese ausschlaggebend für die Regulierungsentscheidung des Versicherers. Die Sofortleistung muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht werden.

2.2 Art und Höhe der Leistung:
Die Höhe der Sofortleistung ist auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt. Pro Unfall wird die Sofortleistung nur einmal ausbezahlt, unerheblich davon, ob die versicherte Person mehrere Verletzungen gemäß Ziffer B.2.1 oder noch weitere Verletzungen erlitten hat.

3. Unfallrente - sofern vereinbart

3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern A.2 und A.3. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

3.1.1 Unfallrente ab 30 % Invalidität bis kleiner 50 % Invalidität - sofern vereinbart
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 30 % und ist kleiner als 50 %.

3.1.2 Unfallrente ab 50 % Invalidität bis kleiner 90 % Invalidität - sofern vereinbart
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 % und ist kleiner als 90 %.

3.1.3 Unfallrente ab 90 % Invalidität - sofern vereinbart
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 90 %.

3.1.4 Die Zahlung erfolgt grundsätzlich nur aus einer Unfallrente nach 3.1.1, 3.1.2 oder 3.1.3.

Beispiel: Bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von 70% erhält der Kunde die Leistung aus der Unfallrente ab 50% Invalidität bis kleiner 90% Invalidität

3.2 Rentenzahlung bei Tod der versicherten Person vor Bemessung der Invalidität
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Rente unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invalidität nach Ziffer A.2 und Ziffer A.3 sind erfüllt.

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

3.3 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, insbesondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3.4 Beginn und Dauer der Leistung

3.4.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer A.9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den vereinbarten Mindestinvaliditätsgrad von 30 %, 50 % oder 90 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten zu zahlenden Rente bis zur Vorlage der angeforderten Lebensbescheinigung.

3.4.3 Die Höhe der Unfallrente bemisst sich nach dem unfallbedingten Invaliditätsgrad und den entsprechend vereinbarten Rentenhöhen.
Ab dem Monat, in dem wir Ihnen mitteilen, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad nach Ziffer A.9.4 neu bemessen wurde, passen wir die

Höhe der Unfallrente vereinbarungsgemäß an bzw. stellen die Rentenzahlung vereinbarungsgemäß ein.

3.5 Unfall-Rente mit Dynamik im Leistungsfall - sofern vereinbart
Wir werden eine zu zahlende Unfall-Rente nach Ziffer A.3, beginnend ab dem 2. Jahr nach dem Unfall, jährlich jeweils um 2 % erhöhen. Die Rente wird auf volle Euro aufgerundet.

4. Unfall-Tagegeld - sofern vereinbart

4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung

4.2 Höhe und Dauer der Leistung
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich
- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen bzw.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit(en) zu leisten.

Das Unfall-Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Wir zahlen das Unfall-Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

> **Beispiel**: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte Unfall-Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlen wir die Hälfte des Unfall-Tagegelds.
> Maßgeblich ist die konkrete ärztliche Feststellung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, nicht die AU-Bescheinigungen.

4.3 Ende dieser Leistungsart
Diese Leistungsart endet - ohne dass es einer Kündigung bedarf - zum Ende des Versicherungsjahres, indem die versicherte Person keine berufliche Tätigkeit mehr ausübt oder arbeitslos wird.

4.4 Nicht versicherbare Berufsgruppen
Tagegeld ist bei arbeitslosen Personen, Rentnern, Pensionären, Schülern und Studenten nicht versicherbar. Dies gilt auch während eines Ferienjobs, Minijobs oder Praktikums. Sollte es dennoch versichert werden oder sein, besteht trotz Beitragszahlung kein Versicherungsschutz. Den entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

5. Krankenhaus-Tagegeld - sofern vereinbart

5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person
- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation, die reine Wundversorgung ist keine ambulante Operation oder
- ist unfallbedingt in einer stationären Anschlussheilbehandlung (AHB), einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsbehandlung (Reha).
  Eine stationäre AHB-Behandlung oder Reha muss mindestens zusammenhängend 3 Wochen dauern. Eine ambulante Rehamaßnahme muss zusammenhängend (Ausnahme Samstag und Sonn- und Feiertage) mindestens 3 Wochen dauern und täglich mindestens 3 Therapieeinheiten beinhalten.
  Krankenhaustagegeld wird ausschließlich nur für Therapietage geleistet.

Für Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

5.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld innerhalb der ersten fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls
- für jeden Kalendertag der stationären Krankenhausbehandlung bis zum 360. Tag in zweifacher Höhe.
- in insgesamt dreifacher Höhe, längstens für 30 Tage, wenn sich der Unfall im Ausland ereignete und die stationäre Behandlung im Ausland erfolgte.
- in vierfacher Höhe bei ambulanten Operationen.
- für jeden Kalendertag der stationären AHB- und Reha-Behandlung maximal für den Zeitraum von insgesamt 12 Wochen in einfacher Höhe.
- für jeden Therapietag der ambulanten Reha, maximal für den Zeitraum von insgesamt 12 Wochen in einfacher Höhe.

6. Todesfallleistung - sofern vereinbart

6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer A.7.5.
Der Unfalltod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt ist. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen

6.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme.

7. Bergungskosten- sofern vereinbart

7.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person sind nach einem Unfall
- Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
- Mehraufwände bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren
- zusätzliche angemessene Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person
- Kosten für die Überführung bei einem unfallbedingten Todesfall zum letzten ständigen Wohnsitz
- Kosten für die Bestattung im Ausland
- Kosten für die Nutzung einer Druckkammer nach Tauchunfällen oder bei Höhenkrankheit

entstanden.
Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
Der Versicherungsschutz ist subsidiär, das heißt, es besteht Anspruch nur für jene Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte (insbesondere Sozialversicherungsträger oder obligatorische Versicherung) zu tragen sind. Dieser Nachweis ist von Ihnen zu erbringen.
Treten wir in Vorleistung, geht das Regressrecht insoweit auf uns über, als wir eine Entschädigung geleistet haben.
Erbringt eine andere Gesellschaft ihre Leistungen ebenfalls subsidiär, so übernehmen die beteiligten Gesellschaften die Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte zu tragen sind, im Verhältnis ihrer Versicherungssumme anteilmäßig.

7.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten (z. B. Krankenversicherung, Krankenzusatzversicherung, Krankenkasse, Auslandsreiseversicherung, Haftpflichtversicherer) übernommene Kosten insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme.

7.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur aus einem Vertrag.

8. Kosmetische Operationskosten- sofern vereinbart

8.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.
Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operation. Nicht versichert sind Reparaturen an und Wiederherstellung von Implantaten, herausnehmbaren Zähnen und Gebissen, Brücken sowie überkronten (auch teilüberkronten) Zähnen.

Die kosmetische Operation/Zahnbehandlung erfolgt
- durch einen Arzt/Zahnarzt
- nach Abschluss der Heilbehandlung und

- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen auf Antrag bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Der Antrag muss innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall gestellt worden sein.

Der Versicherungsschutz ist subsidiär, das heißt, es besteht Anspruch nur für jene Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte (insbesondere Sozialversicherungsträger, wenn involviert, Haftpflichtversicherer oder obligatorische Versicherung) zu tragen sind. Dieser Nachweis ist von Ihnen zu erbringen.
Treten wir in Vorleistung, geht das Regressrecht insoweit auf uns über, als wir eine Entschädigung geleistet haben.
Erbringt eine andere Gesellschaft ihre Leistungen ebenfalls subsidiär, so übernehmen die beteiligten Gesellschaften die Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte zu tragen sind, im Verhältnis ihrer Versicherungssumme anteilmäßig.

8.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten nach GOÄ, maximal 3,5-facher Satz,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus (Abrechnung nach DRG),
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach GOÄ bzw. GOZ, maximal 3,5-facher Satz

insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Bei Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten leisten wir maximal bis 20.000 Euro insgesamt.
Die Kosten für Zahnersatz (prothetische Versorgung) werden nur einmal pro Unfall und Zahn übernommen.

8.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur aus einem Vertrag.

9. Psychologische Betreuung- sofern vereinbart

9.1 Voraussetzungen für die Leistung
Auf Grund eines Unfalls oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung wird eine psychologische Betreuung der versicherten Person im 1. Unfalljahr ärztlich angeordnet.

9.2 Art und Höhe der Leistung
Wir übernehmen die dabei entstehenden Kosten pro Unfall bis zur vereinbarten Versicherungssumme.
Der Versicherungsschutz ist subsidiär, das heißt, es besteht Anspruch nur für jene Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte (z. B. Krankenversicherung, Krankenzusatzversicherung, Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu tragen sind.

9.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur aus einem Vertrag.

10. Familien-Vorsorgeversicherung- sofern vereinbart

10.1 Voraussetzung für die Leistung
Sie als Versicherungsnehmer heiraten, bekommen Kinder oder adoptieren Kinder unter 14 Jahre.

10.2 Art und Höhe der Leistung

100.000,00 Euro	Vollinvaliditätssumme
10,00 Euro	Krankenhaustagegeld
10.000,00 Euro	Todesfallsumme
100.000,00 Euro	kosmetische Operationskosten
100.000,00 Euro	Bergungskosten
2.000,00 Euro	Kosten für psychologische Betreuung

10.3 Dauer der Leistung
Ihr Ehegatte ist ab dem Tag der Heirat, ihre Kinder sind ab Geburt oder rechtswirksamer Adoption für zwölf Monate mit den in Ziffer B.10.2 genannten Versicherungssummen versichert.

10.4 Individuelle Leistung für Kinder
Erhalten wir innerhalb von drei Monaten ab Geburt einen Antrag auf Unfallversicherung für Ihr Kind, besteht abweichend von Ziffer B.10.2 Versicherungsschutz mit den beantragten Versicherungssummen ohne Beitrag bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.

10.5 Individuelle Leistung für adoptierte Kinder unter 14 Jahre
Erhalten wir innerhalb von drei Monaten ab der rechtswirksamen Adoption einen Antrag auf Unfallversicherung für Ihr Kind, besteht abweichend von Ziffer B.10.2 Versicherungsschutz mit den beantragten Versicherungssummen ohne Beitrag. Der beitragsfreie Versicherungsschutz endet 12 Monate nach der rechtswirksamen Adoption.

10.6 Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Familien-Vorsorgeversicherung leisten wir nur aus einem Vertrag.
Für die Familien-Vorsorgeversicherung gelten diese Bedingungen. Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, Mehr- oder Maximalleistungen im Invaliditätsfall oder zu Ziffer A.2 abweichende Gliedertaxen.

11. Rooming-In- sofern vereinbart

11.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- ist unfallbedingt in einer stationären Anschlussheilbehandlung (AHB) und
- ein Elternteil/Bezugsperson wurde zur Betreuung mit stationär aufgenommen (Rooming-In).

Für stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung (Reha), Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen wird kein Rooming-In bezahlt.

11.2 Höhe und Dauer der Leistung
Pro Übernachtung der Begleitperson wird ein Betrag in Höhe von 30 Euro gezahlt, längstens jedoch für ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet.

12. Vollwaisenrente- sofern vereinbart

12.1 Voraussetzung für die Leistung
Beide jeweils bei uns versicherte Elternteile/Sorgeberechtigen sterben innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses.
Ist das Kind bereits Halbwaise, zahlen wir die Vollwaisenrente, wenn der bei uns versicherte Elternteil/Sorgeberechtigte aufgrund eines Unfallereignisses stirbt.

12.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen eine Vollwaisenrente an alle versicherten Kinder. Die Vollwaisenrente zahlen wir monatlich in Höhe von 1.000 Euro pro Kind.

12.3 Beginn und Dauer der Leistung
Wir zahlen die Vollwaisenrente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
Die Vollwaisenrente wird letztmalig für den Monat gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

II. Tarifbestimmungen

1. Der Beitrag richtet sich nach dem Beruf oder der aktuell ausgeübten Tätigkeit, von der die Unfallgefahr abhängt.
Ausschlaggebend ist nicht der erlernte, sondern der tatsächlich ausgeübte Beruf.
Wenn sich die Berufstätigkeit oder Beschäftigung einer versicherten Person ändert, beachten Sie bitte folgenden wichtigen Hinweis (siehe auch Ziffer A.6.1 AUB 2020):
Teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn sich der Beruf oder die aktuell ausgeübte Tätigkeit ändert (außer freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen, Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr).
Dadurch ändert sich gegebenenfalls die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags. Diese hängt maßgeblich von dem Beruf oder der aktuell ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person ab.
Bitte setzen Sie sich in jedem Fall mit uns in Verbindung.

2. Die Höhe des Beitrages richtet sich auch nach der Zahl der gleichzeitig in einem Vertrag versicherten Personen. Erhöht sich die Zahl der Versicherten und kommt dadurch ein niedrigerer Beitrag in Betracht oder vermindert sich die Zahl der Versicherten und kommt dadurch ein höherer Beitrag in Betracht, so wird die Beitragsanpassung ab dem Zeitpunkt der Änderung vorgenommen.

III. Zusatz- und Besondere Unfall-Versicherungsbedingungen

Zusatzbedingungen für den AlltagsManager

Diese Zusatzbedingungen gelten - soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020.

1. Art und Umfang der Leistungen
Aus den folgenden Leistungen kann die versicherte Person in jedem Versicherungsfall entsprechend ihrem persönlichen Bedarf bis zu neun wählen. Ein nachträglicher Wechsel der Leistungen innerhalb eines Versicherungsfalles ist nicht möglich.

Die Leistungen der Ziffern 1.1 bis 1.8 erbringen wir durch von uns beauftragte qualifizierte Dienstleister. Eine Geldersatzleistung für von Ihnen selbst beauftragten Dienstleistern wird nicht erbracht mit Ausnahme von Ziffer 1.1.5.

1.1 Hilfe in der dauerhaft selbstgenutzten Wohneinheit (Zuhause)
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen und tatsächlich angefallenen Kosten** der beauftragten Dienstleister für

1.1.1 eine Haushaltshilfe zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt (zum Beispiel Reinigung der Wohnung, Blumengießen, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, Waschen und Bügeln) einmal pro Woche bis vier Stunden.

1.1.2 die tägliche Anlieferung einer Mahlzeit nach freier Auswahl aus dem Angebot unseres qualifizierten Dienstleisters inklusive der Kosten für die Mahlzeit.

1.1.3 die Besorgung der Einkäufe durch unseren qualifizierten Dienstleister (Gegenstände des täglichen Bedarfs) bis zweimal pro Woche. Eine Begleitung hierbei ist nicht möglich. Die Kosten für die eingekauften Sachen werden nicht erstattet.

1.1.4 die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Pflege des eigenen Gartens, der zur selbstgenutzten Wohneinheit gehört (z. B. Rasen mähen, Hecke schneiden, Entsorgung von Gartenabfällen, Pflanzen gießen, Obst und Gemüse ernten, Dachrinne reinigen, Teichpflege). Die Kosten übernehmen wir bis 1.000 Euro brutto je Schadenfall, Materialkosten werden nicht erstattet.

Wir **übernehmen die Kosten**
1.1.5 des Winter- und Streudienstes für die selbstgenutzte Wohneinheit bis 1.000 Euro brutto je Schadenfall. Die Kosten für bereits geschlossene Serviceverträge werden nicht erstattet.

Die Auswahl und Organisation übernimmt die versicherte Person selbst.
Bei 1.1.4 und 1.1.5 übernehmen wir jeweils die Kosten für die dort aufgeführten Tätigkeiten in Höhe von 10 Euro pro Stunde, bis 300 Euro brutto je Leistungsfall, soweit diese Leistungen in Eigenregie (z. B. durch Nachbarn oder Bekannte) erbracht werden.

1.2 Hilfe durch persönliche Betreuung
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten** der beauftragten Dienstleister

1.2.1 für Fahrdienste der versicherten Person zu Ärzten, Apotheken und Behörden bis 100 km für Hin- und Rückfahrt. Diese Kosten übernehmen wir insgesamt zweimal pro Woche.
Fahrten zu ärztlich verordneten Physiotherapien bis 100 km für Hin- und Rückfahrt übernehmen wir bis zu fünfmal pro Woche.

1.2.2 für die Installation eines Hausnotrufes einschließlich technischer Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufdienstes (inklusive Schlüsselverwaltung).

1.3 Haustierbetreuung
Die Betreuung/Versorgung von im eigenen Haushalt lebenden Haustieren (Hund, Katze, Kleintiere) erfolgt, sofern keine gewerbliche Betreuung vorliegt, wie folgt:

- wir vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten für eine Unterbringung in einer Tierpension oder
- die Versorgung erfolgt im eigenen Haushalt. Die Versorgung umfasst z. B. Gassi gehen, reinigen des Käfigs oder des Katzenklos sowie die Fütterung. Die Versorgung wird in eigener Regie organisiert und kann z. B. durch Nachbarn oder Bekannte, nicht aber durch im Haushalt lebender Personen, erbracht werden.

Die Kosten für die Unterbringung und/oder Versorgung übernehmen wir je Leistungsfall bis maximal 1000 Euro brutto.

1.4 Hilfe durch Pflege
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten**

1.4.1 der beauftragten Dienstleister für einen ambulanten Kurzzeitpflegedienst zur Grundpflege nach ärztlicher Verordnung. Dazu gehört:

- im Bereich Körperpflege das Waschen, das Duschen, das Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren sowie die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Aufnahme der Nahrung;
- im Bereich der Mobilität das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, das An- und Auskleiden, das Gehen, das Stehen, das Treppensteigen sowie das Verlassen und das Wiederaufsuchen der Wohnung.

Die Kosten der gesamten Kurzzeitpflege übernehmen wir bis einen Monat je Leistungsfall.
Wenn für die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen/privaten Pflege- oder Krankenversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen.

1.4.2 Tag- und Nachtwache
Wir organisieren eine medizinisch notwendige Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung/ambulanter Operation für die Dauer von bis zu 48 Stunden nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. der ambulanten Operation.

1.4.3 für Seminare für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, um die zur Pflege notwendigen Fertigkeiten zu erlernen. Die Kosten übernehmen wir bis 1.000 Euro brutto je Leistungsfall.

Wir vermitteln
1.4.4 große Pflegehilfsmittel (z. B. Spezialbett, Gehhilfe) über Sanitätsgeschäfte. Die entstehenden Kosten werden nicht erstattet.

1.5 Pflegebedürftige Angehörige
Die Leistungen der Ziffern 1.1 und 1.2 erbringen wir auch für einen Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Verwandten 1. Grades, mit dem die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und von ihr in häuslicher Pflege betreut wird. Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem versicherten Ereignis mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Person aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
Werden Sachleistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen, erbringen wir nur insoweit Leistungen, als diese nicht von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden. Wenn Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen abweichend von Ziffer 4 einen Monat nach dem der Versicherungsfall der versicherten Person eingetreten ist.

1.6 Kinderbetreuung- sofern AlltagsManager bei Kindern vereinbart
Wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, nicht dazu in der Lage ist, **vermitteln und übernehmen wir die notwendigen Kosten** der beauftragten Dienstleister für

1.6.1 die Betreuung der versicherten Kinder. Die Leistung erfolgt bis vier Wochen bis acht Stunden am Tag.

1.6.2 Fahrdienste der versicherten Kinder zur Schule und zu privatem Unterricht (Sport, Musik, Nachhilfe) die die Kinder regelmäßig besuchen. Die Fahrtkosten übernehmen wir bis 100 km für Hin- und Rückfahrt bis vier Wochen.

1.6.3 eine Hausaufgabenbetreuung bis zwei Stunden am Tag für die versicherten Kinder.

1.7 Leistungen für Kinder - sofern AlltagsManager bei Kindern vereinbart
Wenn für das Kind eine Leistungsvoraussetzung nach Ziffer 2 zutrifft und der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, nicht dazu in der Lage ist, **vermitteln und übernehmen wir die notwendigen Kosten** der beauftragten Dienstleister für

1.7.1 die Betreuung der versicherten Kinder. Die Leistung erfolgt bis vier Wochen bis acht Stunden am Tag.

1.7.2 Fahrdienste der versicherten Kinder zur Schule und zu privatem Unterricht (Sport, Musik, Nachhilfe) die die Kinder regelmäßig besuchen. Die Fahrtkosten übernehmen wir bis 100 km je Hin- und Rückfahrt bis vier Wochen.

1.7.3 eine Hausaufgabenbetreuung bis zwei Stunden am Tag für die versicherten Kinder.
Leistungen nach Ziffer 1.1 bis 1.3 können nicht in Anspruch genommen werden.

1.8 Hilfe im Urlaub und im Ausland

1.8.1 Wir organisieren die Reisebuchung für den Besuch (Hin- und Rückreise) durch eine nahestehende Person, wenn sich die versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung länger als zwei Wochen ununterbrochen in einem Krankenhaus im Ausland aufhalten muss. Die Kosten der Reise übernehmen wir bis 1.000 Euro.

1.8.2 Wir **vermitteln** einen Dolmetscher, der telefonische Hilfestellung gibt, wenn eine sprachliche Unterstützung im Ausland möglich und notwendig ist. Die Kosten des Dolmetschers übernehmen wir bis 1.000 Euro brutto.

1.8.3 Wir übernehmen die Kosten für den Heimtransport von im Haushalt lebenden Haustieren (Hund, Katze, Kleintiere) bis 1.000 Euro brutto.

1.8.4 Wir organisieren die Rückreise einschließlich Rollstuhl- und Abholservice, wenn sich die versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung länger als zwei Wochen ununterbrochen in einem Krankenhaus im Ausland aufhalten muss und die Heimreise nicht wie geplant antreten kann. Die zusätzlichen Reisekosten übernehmen wir bis 1.000 Euro.

Der Versicherungsschutz nach Ziffer 1.8 ist subsidiär, das heißt, es besteht Anspruch nur für jene Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte (insbesondere Sozialversicherungsträger oder obligatorische Versicherung) zu tragen sind.
Treten wir in Vorleistung, geht das Regressrecht insoweit auf uns über, als wir eine Entschädigung geleistet haben.
Erbringt eine andere Gesellschaft ihre Leistungen ebenfalls subsidiär, so übernehmen die beteiligten Gesellschaften die Kosten, die nicht durch zahlungsverpflichtete Dritte zu tragen sind, im Verhältnis ihrer Versicherungssumme anteilmäßig.
Wird eine andere als von uns bezeichnete Organisation mit dem Rücktransport beauftragt, besteht kein Versicherungsschutz.

1.9 Ausschlüsse
Die Ausschlüsse nach Ziffer A.5.2 AUB 2020 gelten für die unter Ziffer 1.1 bis 1.8 aufgeführten Hilfeleistungen nicht.

2. Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist auf Grund
- eines Unfalls nach Ziffer A.1 AUB 2020 oder
- einer ambulanten Operation oder
- eines stationären Krankenhausaufenthalts (Reha-Aufenthalte gelten nicht als Krankenhausaufenthalt)

nicht in der Lage, die in Ziffer 1.1.bis 1.8 mit Hilfeleistungen verbundenen Verrichtungen jeweils selbst zu erledigen oder für andere, für die diese Alltagsaktivitäten regelmäßig erbracht werden, zu leisten.
Dies gilt für in häuslicher Gemeinschaft lebende Familienmitglieder, Lebensgefährten und eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, für die ebenfalls bei uns der AlltagsManager vereinbart ist
Die Fähigkeit der versicherten Person muss jeweils so maßgeblich beeinträchtigt sein, dass fremde Hilfe unerlässlich ist. Dies ist uns durch ärztliche Unterlagen (z. B. ausführlicher Krankenhausentlassungsbericht) nachzuweisen.

Die folgenden Hilfeleistungen erbringen wir mit der Einlieferung ins Krankenhaus:
- Pflege des Gartens nach Ziffer 1.1.4
- Winter- und Streudienst nach Ziffer 1.1.5
- Versorgung von Haustieren nach Ziffer 1.3
- Hilfe im Urlaub und im Ausland nach Ziffer 1.8

Alle anderen Hilfeleistungen für die versicherte Person, auf die die Leistungsvoraussetzungen zutreffen, erbringen wir nach dem Krankenhausaufenthalt.

Die Hilfeleistung für die anderen versicherten Personen wird bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus der versicherten Person, auf die die Leistungsvoraussetzungen zutreffen, erbracht.

3. Wartezeit
Kein Leistungsanspruch besteht, wenn die Leistungsvoraussetzungen in Ziffer 2 innerhalb von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn oder Einschluss des AlltagsManagers erfüllt werden. Dies gilt nicht für Unfälle im Sinn der privaten Unfallversicherung.

4. Dauer der Leistung
Die Hilfeleistungen werden während der Beeinträchtigung (Ziffer 2) erbracht, längstens für sechs Monate ab Leistungsbeginn.
Ausnahme: Bei Geburten (natürlich oder Kaiserschnitt) ist der Leistungszeitraum auf zwei Wochen beschränkt.

Die Hilfeleistungen sind pro Versicherungsjahr unabhängig von der Anzahl der Leistungsfälle insgesamt auf sechs Monate beschränkt.

5. Geltungsbereich
Die Leistungen der Ziffern 1.1 bis 1.7 erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

6. Welche Personen sind nicht versicherbar?

6.1 Ergänzend zu Ziffer A.4.1 AUB 2020 sind dauernd pflegebedürftige Personen im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder Sozialen Pflegeversicherung ab dem Datum der Einstufung in mindestens Pflegegrad 2 nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert.

6.2 Der Versicherungsschutz aus diesen Zusatzbedingungen entfällt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist.
6.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag für den in diesen Zusatzbedingungen beschriebenen Versicherungsschutz zahlen wir zurück.

7. Ärztliche Gebühren
Gebühren für ärztliche Atteste, welche zur Begründung des Leistungsanspruchs nach Ziffer 1 entstehen, übernehmen wir bis 20 Euro.

Zusatzbedingungen für den RehaManager

Diese Zusatzbedingungen gelten - soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020

1. Art und Umfang der Leistung

1.1 Beratungs- und Betreuungsleistungen
Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten fachlich qualifizierten Vertragspartner erbracht.

1.1.1 Persönliche Betreuung
Nach dem Unfall wird unser Berater mit der versicherten Person zeitnah nach der Unfallmeldung bei uns einen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch wird unser Berater entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, der zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchgeführt wird, wird mit der verletzten versicherten Person - unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten - die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.
Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten. Unsere Berater bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die Sozialversicherungsträger an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

1.1.2 Medizinische Reha-Beratung
Nach dem Unfall nimmt unser Berater Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme

erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch zur Anwendung.

Im Rahmen der Höchstentschädigungsgrenze übernehmen wir die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.3 Hilfsmittelversorgung
Unser Berater klärt den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickelt mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgem abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.
Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.
Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.4 Mobilitätssicherung
Bei Bedarf berät unser Berater über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität und über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person.

Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters die Kosten für die behinderungsgerechte Gestaltung des eigenen Autos, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn Sie sich alternativ ein vergleichbares behinderungsgerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen.

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

1.1.5 Wohnungsberatung
Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Berater bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behinderungsgerechten Gestaltung des Wohnumfelds, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.6 Berufliche Reha-Beratung
Unser Berater unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und hilft der versicherten Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.
Im Rahmen der Betreuung bieten wir der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellem Bewerbungstraining. Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person, insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.
Im Rahmen der Höchstentschädigung übernehmen wir die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.7 Pflegeberatung
Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.
Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen.

1.2 Kostenübernahme
Die in Ziffer 1.1.2 bis 1.1.6 genannten Kosten für Heil- und Reha-Maßnahmen übernehmen wir bis 100.000 Euro, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einer Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger übernommen werden.
Die Verteilung des Gesamtbetrags auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung unseres Beraters.

2. Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 % führt. Dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Die Höhe des Invaliditätsgrads wird nach Ziffer A.2.3 bis Ziffer A.2.6 AUB 2020 und Ziffer A.3 AUB 2020 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrads unberücksichtigt.

3. Dauer der Leistung
Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 1 werden längstens für eine Dauer von drei Jahren nach dem Unfall erbracht.
Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 25 % gesunken ist. Bereits erbrachte Leistungen werden von uns nicht zurückgefordert.

4. Ausschlüsse
Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 1 dieser Zusatzbedingungen auswählen.

5. Obliegenheiten
In Ergänzung zu Ziffer A.7 AUB 2020 sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte, Einverständnis- und Schweigepflichtentbindungserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziffer 1 dieser Zusatzbedingungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.
Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes

Diese Zusatzbedingungen gelten - soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020

1. Berechtigter Kundenkreis

1.1 Der Sondertarif kann nur gewährt werden, solange der/die Versicherungsnehmer(in) im öffentlichen Dienst beschäftigt ist. Sind die Eheleute Versicherungsnehmer, so muss mindestens einer der Ehepartner im öffentlichen Dienst beschäftigt sein. Ab Wegfall der Beschäftigung im Öffentlichen Dienst ist dann der Normaltarif zu entrichten. Durch diese Tarifänderung entsteht kein außerordentliches Kündigungsrecht.

1.2 Der Sondertarif entfällt nicht bei Ausscheiden aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis wegen Ruhestand/Rente durch Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit.

1.3 Der Sondertarif gilt auch für den hinterbliebenen Ehepartner, sofern er nicht berufstätig ist.

1.4 Der Sondertarif gilt auch für Familienangehörige von Personen, die dem in Ziffer 1.1, 1.2 und 1.3 genannten Personenkreis angehören;

Voraussetzung ist, dass die Familienangehörigen nicht erwerbstätig sind und mit den vorgenannten Personen in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihnen unterhalten werden.

Beispiele:
Eine öD-berechtigte Mutter schließt für ihren nicht erwerbstätigen Sohn, der in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier gilt der öD-Tarif.
Ein öD-berechtigter Vater schließt für seine studierende Tochter, die in einer Studentenbude lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier kein öD-Tarif.
Eine öD-berechtigte Großmutter schließt für ihren Enkel, der nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier kein öD-Tarif.

2. Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen ihrer Verletzung:

2.1 Nach Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung des Sondertarifs hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen.

2.2 Entfallen die Voraussetzungen, die für den Sondertarif bestimmend waren, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem jeweils gültigen Tarif ergibt.

2.3 Trennen sich die Eheleute und zieht ein Ehepartner aus der gemeinsamen Wohnung aus, so gilt bei der notwendigen Vertragsteilung der Sondertarif nur für denjenigen Ehepartner weiter, der tatsächlich im öffentlichen Dienst beschäftigt bzw. wegen Ruhestand/Rente durch Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist. Durch diese Tarifänderung entsteht kein außerordentliches Kündigungsrecht für den betroffenen Ehepartner.

2.4 Hat der Versicherungsnehmer die unter Ziffer 1 genannte Anzeigepflicht verletzt, so richten sich die Rechtsfolgen – soweit in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine besonderen Regelungen hierzu bestehen – nach den gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung des Versicherungsvertragsgesetzes (§§ 23–27 oder für die Unfallversicherung auch § 181 VVG).

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Finanzdienstleistertarif

Diese Zusatzbedingungen gelten - soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020.

1. Berechtigter Kundenkreis

Der Vertrag wird zum Finanzdienstleistertarif (FDL) für folgenden berechtigten Kundenkreis geführt.

1.1 Festangestellte Mitarbeiter von
a) Kreditinstituten im Sinne des Kreditwesengesetzes
b) Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes
c) Bausparkassen
d) Sparkassenverbänden
e) Genossenschaftsverbänden
f) gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträgern
g) der Bayerischen Versorgungskammer
h) Tochterunternehmen im mehrheitlichen Eigentum der unter a) bis g) genannten Institutionen

1.2 Selbständige Versicherungsvermittler (§ 84 HGB) und Versicherungsmakler sowie deren festangestellte Mitarbeiter.

1.3 Sparkassen-Verwaltungsratsmitglieder.

1.4 Pensionäre und Rentner, die unmittelbar vor ihrem Eintritt in den Ruhestand dem in Ziffer 1.1 und 1.2 genannten Personenkreis angehörten.

1.5 Nicht berufstätige versorgungsberechtigte Witwen/Witwer von Personen, die zum Zeitpunkt ihres Todes dem in Ziffer 1.1, 1.2 und 1.4 genannten Personenkreis angehörten.

2. Tarifvoraussetzungen

2.1 Der Finanzdienstleistertarif gilt, solange der/die Versicherungsnehmer(in) dem berechtigten Kundenkreis angehört. Sind die Eheleute Versicherungsnehmer, so muss mindestens einer der Ehepartner dem berechtigten Kundenkreis angehören.

2.2 Der Finanzdienstleistertarif entfällt nicht bei Ausscheiden aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis durch Ruhestand/Rente wegen Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit.

2.3 Der Finanzdienstleistertarif gilt auch für den hinterbliebenen Ehepartner, sofern er nicht berufstätig ist.

3. Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen ihrer Verletzung

3.1 Nach Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung des FDL-Tarifs hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen.

3.2 Entfallen die Voraussetzungen, die für den Finanzdienstleistertarif bestimmend waren, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem jeweils gültigen Tarif ergibt.

3.3 Hat der Versicherungsnehmer die unter Ziffer 1 genannte Anzeigepflicht verletzt, so richten sich die Rechtsfolgen – soweit in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine abweichenden Regelungen hierzu bestehen – nach den gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung des Versicherungsvertragsgesetzes (§§ 23–27 VVG oder für die Unfallversicherung auch § 181 VVG).

4. Tarifbestimmungen

Sie müssen zum berechtigen Kundenkreis nach Ziffer 1 gehören, jedoch nicht selbst versichert werden.

Mitversichert werden können

4.1 Ehegatten

4.2 eingetragene Lebenspartner

4.3 Lebensgefährten
Voraussetzung ist, dass der Lebensgefährte unverheiratet ist und mit Ihnen in einem gemeinsamen Haushalt lebt.

4.4 nicht erwerbstätige Familienangehörige, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben und von Ihnen unterhalten werden.

Beispiele:
Eine FDL-berechtigte Mutter schließt für ihren nicht erwerbstätigen Sohn, der in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier gilt der FDL-Tarif.
Ein FDL-berechtigter Vater schließt für seine studierende Tochter, die in einer Studentenbude lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier kein FDL-Tarif.
Eine FDL-berechtigte Großmutter schließt für ihren Enkel, der nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Unfallversicherung ab ==> hier kein FDL-Tarif.