



VERTRAGSINFORMATIONEN
PRODUKTÜBERSICHT
BEDINGUNGEN

Verbraucherinformation Unfall Exclusive Top 100



Verbraucherinformation Unfall Exclusive Top 100

Ihre Vertragsunterlagen

Stand 01.2024

Inhaltsverzeichnis

Diese Verbraucherinformation beinhaltet Informationen und Bedingungswerke, die für die Privathaftpflichtversicherung Vertragsgrundlage sein können.

Die Zusatzbedingungen gelten für Ihren Vertrag jedoch nur, wenn der Zusatzbaustein / die Zusatzbausteine beantragt und im Versicherungsschein ausdrücklich genannt ist

	Seite
• Kundeninformationsblatt Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	3
• Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	6
• Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	7
• Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2018 für die OV-Börse Exclusive Top 100 (Stand: 04.2019)	9
• Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive Top 100 – Stand: 08.2018)	19
• Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent – Fassung Januar 2022	26
• Besondere Bedingungen für die Versicherung der HilfePlus in der Unfallversicherung – Fassung Januar 2022	27

Im Folgenden erhalten Sie weitere Informationen zur vorgeschlagenen Versicherung. Bitte lesen Sie die untenstehenden Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung.

1. Informationen zum Versicherer

Versicherer und Risikoträger ist die

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG,
Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund
Vorstand: Dietmar Blasing (Sprecher), Dr. Gerrit Böhm,
Celine Carstensen-Opitz
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Joachim Maas
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 3134

Hauptgeschäftstätigkeit

Die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG betreibt folgende Versicherungsarten: Unfall-, Haftpflicht-, Kraftfahrt-, Sachversicherungen, Beistandsversicherung, sonstige Schadenversicherung.

Ihr Vertragspartner

Für den oben genannten Versicherer handelt namens und in Vollmacht als Assekuradeur die

Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH
Kornkamp 14, 26605 Aurich
Geschäftsführer: Tom Janzen
Sitz des Unternehmens: Aurich
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 1712

2. Informationen zur Leistung

Dem Vertrag liegen der Antrag sowie die beigefügten Versicherungsbedingungen, sofern Sie den entsprechenden Versicherungsschutz beantragen, zugrunde.

Beitrag und Beitragszahlung

Die Höhe des Gesamtbeitrags gemäß Ihrer gewünschten Zahlungsweise finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein. Im Beitrag ist die gesetzliche Versicherungssteuer enthalten.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Insbesondere weisen wir Sie darauf hin, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten können. Im Falle des Rücktritts erheben wir eine Geschäftsgebühr in Höhe von 20 % des Jahresbeitrags ohne Versicherungssteuer. Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn Sie die Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, können Sie den Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Fälligkeit des Beitrages können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Gültigkeitsdauer von Informationen

Wir weisen darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (Vorschlag, Produktinformationsblatt, Bedingungen) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

3. Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrags

Nach der elektronischen Übermittlung Ihres Antrags erhalten Sie den Versicherungsschein. Mit dessen Zugang bei Ihnen ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Auf eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden wären, verzichten wir.

Anzeigen und Willenserklärungen

Die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH handelt namens und in Vollmacht des Versicherers.

Die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazugehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei der Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH eingegangen sind.

Die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH ist beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vertriebspartnern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Ostfriesische Versicherungsbörse GmbH, Assekuranten
Kornkamp 14, 26605 Aurich
Telefax: 04941-60407-29, E-Mail: info@ov-boerse.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrags gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise:

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise von Beiträgen;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen; soweit Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;

13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;

14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;

15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang, dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben über die Laufzeit des vorgeschlagenen Versicherungsvertrages finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein.

Vertragliche Kündigungsbedingungen

Sie haben die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen. Die einzuhaltenden Fristen und sonstigen vertraglichen Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht und Sprache

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

4. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für Fragen steht Ihnen gerne der Vermittler dieses Vertrags zur Verfügung. Falls Sie einmal eine Beschwerde haben sollten, werden wir alles versuchen, Sie zufrieden zu stellen. Sollte wider Erwarten eine Einigung nicht möglich sein, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(Bereich Versicherungen), Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn; Postfach 1308, 53003 Bonn.**

Der Versicherer ist zudem Mitglied im Versicherungsombudsmann e.V., Leipziger Straße 121, 10117 Berlin; Postfach 080632, 10006 Berlin (www.versicherungsombudsmann.de), einer Schlichtungsstelle im Sinne des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG), und nimmt an dessen Streitbeilegungsverfahren teil. Bei dem Ombudsmann können Sie bei Streitigkeiten über Ansprüche aus Ihrem Vertrag eine Streitschlichtung beantragen, nachdem Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen.

5. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet

unter www.volkswohl-bund.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an:

Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH, Kornkamp 14, 26605 Aurich. Sie können uns auch telefonisch unter 04941 / 60407-0 bzw. per E-Mail unter info@ov-boerse.de erreichen.

oder

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Vertrag VBS, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 5433-151 bzw. per E-Mail unter vertragvbs@volkswohl-bund.de erreichen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie ebenfalls bei der oben genannten Stelle geltend machen. Genauere Informationen zu Ihren Rechten und den rechtlichen Grundlagen der Datenverarbeitung können Sie unter www.prokundo.de abrufen.

6. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

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

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen zur Vorversicherung und Vorschäden vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

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

Damit die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsprozess gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt der Versicherer dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht der prokundo GmbH/des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/des Versicherers Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht wird die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer Sie in der Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer kann ihre/seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von der Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung der Rechte müssen die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer die Umstände angeben, auf die die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer ihre/seine Erklärung stützen. Zur Begründung kann die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn die Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte der Ostfriesische Versicherungsbörse Assekuranz GmbH/des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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



Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG

Exclusive Top 100 /
Exclusive Top 100 100

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist nicht vollständig. Die vollständigen Informationen und Ihren konkreten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Allgemeine Versicherungen für die Unfallversicherung, gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch. Die Ostfriesische Versicherungsbörse GmbH handelt namens und in Vollmacht der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG. Diese ist Risikoträgerin Ihrer Versicherung.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



Was ist versichert?

Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Versicherbare Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften unfallbedingten Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- ✓ Leistung bei Unfalltod der versicherten Person.
- ✓ Krankenhaustagegeld bei unfallbedingten Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Genesungsgeld nach unfallbedingten Krankenhausaufenthalten.
- ✓ Tagegeld bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit
- ✓ Kostenersatz für unfallbedingte kosmetische Operationen.
- ✓ Sofortleistung bei definierten Schwerverletzungen.
- ✓ Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
- ✓ Kostenersatz für Such-Bergungs- und Rettungseinsätze.

Versicherte Dienstleistungen

Sofern vereinbart:

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z. B. Pflege, Menüservice)

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Bandscheibenvorfall).
- ✗ Krankenhausaufenthalte aus unfallfremden Gründen.
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung).



Gibt es Einschränkungen beim Versicherungsschutz?

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

- ! Unfälle beim vorsätzlichen Begehen einer Straftat.
- ! Unfälle als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit hierfür nach deutschem Recht eine Erlaubnis erforderlich ist.
- ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen.
- ! Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, sofern die versicherte Person nicht auf Reisen im Ausland überraschend davon betroffen wird.
- ! Bandscheibenschäden
- ! Infektionen oder Vergiftungen, es sei denn, dass diese im Rahmen der vereinbarten Besonderen Bedingungen ausdrücklich eingeschlossen sind.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben rund um die Uhr und weltweit Versicherungsschutz.



Welche Pflichten habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch jeweils um ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende des Versicherungsjahres geschehen). Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie Klage auf Leistung gegen uns erhoben haben. Dann endet der Vertrag bereits vor Ende der vereinbarten Dauer.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2018 für die OV-Börse Exclusive Top 100 (Stand: 04.2019)

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) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

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

Ihre Ostfriesische Versicherungsbörse GmbH

Wer ist wer?

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

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 und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

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

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

2. Welchen Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

– Arm	70 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
– Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
– Hand	55 %
– Daumen	20 %

– Zeigefinger	10 %
– anderer Finger	5 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
– Bein bis unterhalb des Knies	50 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
– Fuß	40 %
– große Zehe	5 %
– andere Zehe	2 %
– Auge	50 %
– Gehör auf einem Ohr	30 %
– Geruchssinn	10 %
– Geschmackssinn	5 %

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.3 Progressive Invaliditätsstaffeln

Sofern beantragt und im Versicherungsschein beurkundet, gilt für die versicherte Person die im Versicherungsschein angegebene progressive Invaliditätsstaffel. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3.2 bemessen.

2.1.3.1 Progressive Invaliditätsstaffel 225 %

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel 300 %

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

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 1 % aus der Versicherungssumme.

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel 350 %

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

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.

2.1.3.4 Progressive Invaliditätsstaffel 500 %

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

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.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

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

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Maßgabe von Ziffer 2.4.1

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 100 Tage.

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie bitte die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild. Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe von 10.000 EUR.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.

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

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zur Höhe von insgesamt 10.000 EUR.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

- 3.2.1** Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei der Leistungsart Invaliditätsleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

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

4. Was ist nicht versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3. verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

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

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

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

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

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

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt. Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflierer
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs. Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind. Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

- 4.1.5** Unfälle der versicherten Person durch Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme: ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt zu mehr als 50 %) verursacht, und für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

- 4.2.2** Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

Ausnahme:

- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.2.4 Infektionen

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.

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

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

Beispiele:

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

- 4.2.7** Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.3 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.3.1** Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd schwer- oder schwerst-beeinträchtigte Personen ab Pflegegrad 3 bzw. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ab Pflegegrad 4 (Einstufung der Pflegegrade gem. SGB, XI, § 15, Stand 01.01.2017).

- 4.3.2** Der Versicherungsschutz entfällt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.3.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig enden die Versicherung und die Pflicht zur Beitragszahlung für diese Person. Die zu viel gezahlten Beiträge erstatten wir.

4.3.3 Personen, die ihren Wohnsitz außerhalb Deutschlands haben

Nicht versichert sind Privatpersonen, die ihren Wohnsitz nicht in Deutschland haben oder diesen ins Ausland verlegen. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

Im Falle, dass die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt der Versicherungsschutz für diese mit dem Ende des Versicherungsjahres, in welchem sie ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

4.3.4 Versicherungsschutz bis zum 75. Lebensjahr

Mit Vollendung des 75. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz und gleichzeitig endet die (Mit-)Versicherung zum Ende des entsprechenden Versicherungsjahres.

Eine eventuelle Weiterversicherung über das 75. Lebensjahr hinaus bedarf einer besonderen vertraglichen Vereinbarung.

4.4 Sanktionsklausel – 01.2014

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur insoweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, Großbritanniens oder der Vereinigten Staaten von Nordamerika entgegenstehen.

5. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

- 5.1.1** Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis, welches Bestandteil des für Ihren Vertrag geltenden Tarifs ist.

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

- 6.2** Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherten Personen bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- 6.3** Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

- 6.4** Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

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

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

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

8. Wann sind die Leistungen fällig?

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

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 Fälligkeit der Leistung

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

8.3 Vorschüsse

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

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

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

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

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

Die Versicherungsdauer

9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag jeweils um 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 Vertragslaufzeit zugehen.

9.2.3 Vertragsbeendigung

Bezogen auf die Vertragslaufzeit

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 des darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

Bezogen auf den Wohnsitz der versicherten Person

Im Falle, dass die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt der Versicherungsschutz für diese mit dem Ende des Versicherungsjahres, in welchem sie ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsfall

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

10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

10.1.2 Versicherungsteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

10.2.3 Rücktritt

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

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

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

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

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

10.3.3 Zahlungsfrist

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

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

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

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung
- aber noch vor Annahme 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.

12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

12.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

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

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 Kündigung

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

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

12.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder

- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen. Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

12.4 Anfechtung

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

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

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

13. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 Aussetzung der Verjährung

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

14. Welches Gericht ist zuständig?

14.1

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

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

14.2

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

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

15.1

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

15.2

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

16.

Maklerklausel

16.1

Der gesamte Geschäftsverkehr zwischen den Vertragspartnern läuft über den Sie betreuenden Versicherungsmakler, sofern zum jeweils den Geschäftsvorfall betreffenden Zeitpunkt zwischen Ihnen und dem Makler ein gültiger Maklervertrag besteht.

16.2

Der Versicherungsmakler ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen des Versicherungsnehmers mit Wirkung für den Versicherer entgegenzunehmen. Er ist zur unverzüglichen Weiterleitung verpflichtet.

17.

Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive Top 100 – Stand: 08.2018)

Die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive Top 100 – Stand: 08.2018) gelten als vereinbart, sofern sie von Ihnen beantragt wurden und im Versicherungsschein Ihres Unfallversicherungsvertrages dokumentiert sind.

1. Erweiterter Unfallbegriff (Ziffer 1.3 der AUB 2018)

1.1 Rechtmäßige Verteidigung – Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person aus Anlass der rechtmäßigen Verteidigung oder aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.2 Gase – Dämpfe – Strahlen

Auf die Leistungsvoraussetzung der Plötzlichkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Röntgen- oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Dies gilt nicht für Berufs- oder Gewerkrankheiten sowie Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Gas, Dampf oder Strahlen erzeugenden Apparaten eingetreten sind.

1.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden/Unfälle im Wasser

Auf die Leistungsvoraussetzung der Einwirkung von außen berufen wir uns nicht bei tauchtypischen Gesundheitsschädigungen wie z. B. Caissonkrankheit; ferner bei Trommelfellverletzungen und bei dem Erstickungs-, Ertrinkungs- oder Erfrierungstod unter Wasser.

1.4 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3. der AUB 2018 gilt auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.5 Extreme Witterungs- und Temperatureinflüsse

Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen – Frost, Schnee, Hagel, Sonneneinstrahlung, Wind, Regen und Überflutung – in der Folge eines versicherten Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 der AUB 2018 sind mitversichert.

1.6 Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 der AUB 2018 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- Verrenkungen eines Gelenks
- Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken. Die Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen an Bandscheiben.

Der Einschluss der Mitversicherung von Eigenbewegungen endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

1.7

Entführung/Geiselnahme – nicht oder falsch verabreichte Medikamente

Werden infolge einer Entführung oder einer Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, so gilt dieses als Unfall.

2.

Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1 der AUB 2018)

2.1

Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität (Ziffer 2.1.1.2 AUB 2018)

Ziffer 2.1.1.2 AUB 2018 wird wie folgt ersetzt:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden. Ist eine dieser Fristen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.2

Geltendmachung der Invalidität (Ziffer 2.1.1.3 AUB 2018)

Ziffer 2.1.1.3 AUB 2018 wird wie folgt ersetzt:

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

2.3

Verbesserte Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB 2018)

Anstelle der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB 2018 gilt die nachfolgend aufgeführte Gliedertaxe als vereinbart, nach der die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt:

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

– Arm	100 %
– Hand	90 %
– Daumen	35 %
– Zeigefinger	20 %
– anderer Finger	15 %
– Daumen, Zeigefinger und alle anderen Finger einer Hand jedoch maximal	70 %
– Bein	100 %
– Bein bis Mitte Oberschenkel	90 %
– Bein bis unterhalb Knie	80 %
– Fuß	70 %
– große Zehe	15 %
– andere Zehe	8 %
– Auge	70 %
– sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100 %
– Gehör auf einem Ohr	50 %
– sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	80 %
– Gehör auf beiden Ohren	100 %

– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	20 %
– Stimme	100 %
– Niere	25 %
– beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
– Milz	10 %
– Milz bei Kindern, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %
– Lungenflügel	50 %
– Gallenblase	10 %
– Magen	20 %
– Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 90 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 9 % (= ein Zehntel von 90 %).

2.4 Altersabhängige Mehrleistung

Für Verträge ohne progressive Invaliditätsstaffel oder andere Mehrleistungs-Bedingungen und ohne eine Sonder-Glieder-tax (z. B. für Ärzte, Berufsmusiker etc.) gilt folgendes:

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2018 ermittelt und der Unfall ereignet sich vor Vollendung des:

- 25. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % oder
- 50. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % oder
- 65. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 %.

Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

2.5 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.5.1.1** Die versicherte Person hat vor Vollendung des 70. Lebensjahres eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
 - Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Gehirnprellung (Kontusion) oder Gehirnblutung;
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen an Ober-/Unterarm oder Ober-/Unterschenkel. Die Fraktur muss an unterschiedlichen Gliedmaßen eintreten. Beispiel: Sie erleiden eine Fraktur an Elle und Speiche des linken Unterarmes. Da die Frakturen nicht an unterschiedlichen Gliedmaßen eingetreten sind besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.
 - Gewebezerstörende Schäden an mindestens zwei inneren Organen;
 - Kombination von mindestens 2 der nachfolgenden Verletzungen:
 - a) Fraktur eines langen Röhrenknochens (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
 - b) Fraktur des Beckens
 - c) Fraktur eines Wirbelknochens
 - d) Gewebezerstörende Schäden an einem inneren Organ
 - Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (Sehschärfe nicht mehr als 5% beider Augen)

2.5.1.2 Die schwere Verletzung wird von einem Arzt schriftlich festgestellt.

2.5.1.3 Die Sofortleistung wird binnen 6 Monaten nach dem Unfall unter Vorlage eines Attestes gemäß Ziffer 2.5.1.2 bei uns geltend gemacht.

2.5.1.4 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 96 Stunden nach dem Unfallereignis verstirbt.

2.5.2 Höhe der Leistung

2.5.2.1 Die Höhe der Sofortleistung ist auf 10 % der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens auf 25.000 EUR begrenzt.

2.5.2.2 Die Sofortleistung wird je Unfall nur einmal gezahlt, auch wenn die versicherte Person mehrere schwere Verletzungen oder Kombinationen von schweren Verletzungen erlitten hat.

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

3. Übergangsleistung (Ziffer 2.2 der AUB 2018)

Es gilt die Erweiterte Übergangsleistung gemäß den nachfolgend aufgeführten Bedingungen:

3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit
 - a) für die Dauer von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen zu 100% beeinträchtigt oder
 - b) für die Dauer von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen zu 50% beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung unter Vorlage eines ärztlichen Attestes

- im Falle von Ziffer 3.1.1 a) innerhalb von 4 Monaten
- im Falle von Ziffer 3.1.1 b) innerhalb von 7 Monaten vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend machen.

Versäumen Sie die vorgenannten Fristen zur Geltendmachung der Übergangsleistung, so ist die Leistung unsererseits ausgeschlossen.

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

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

3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

4. Tagegeld (Ziffer 2.3 der AUB 2018)

Pflichtgefühl:

Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend. Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Arbeitstage gelten nicht als Tage der ärztlichen Behandlung.

Sonderregelung bei unfallbedingter stationärer Behandlung:

Bei unfallbedingter stationärer Behandlung wird das Unfall-Tagegeld auch über das erste Jahr hinaus gezahlt, und zwar für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Die maximale Anzahl von Tagen, für die Tagesgeld bezahlt wird, bleibt auf insgesamt 365 Tage begrenzt. Tagesgelder für die allgemeine ärztliche Behandlung werden mitgerechnet.

Tagesgeld nach Abschluss der ärztlichen Behandlung:

Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, aber eine Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2018 noch nicht eingetreten, wird weiter Tagesgeld gezahlt, wenn der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und die versicherte Person ihrer Berufstätigkeit oder Beschäftigung tatsächlich nicht nachgeht. Diese Regelung gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2018 eingetreten ist, längstens jedoch für 15 Monate nach dem Unfall.

5. Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.4 der AUB 2018)

Leistungserweiterungen (zu Ziffer 2.4.1 der AUB 2018)

Eine innerhalb von 30 Tagen an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussheilbehandlung (AHB), berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW) oder intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) gilt als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

Soweit der vorgenannte Absatz nicht zutreffend ist, gelten Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen nicht als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen.

Nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen ersetzen wir bis zur Höhe von 3.000 EUR die entstandenen notwendigen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimortes oder in der Nähe des Heimortes. Kommt ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für die Kosten des Rücktransportes auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten.

Verlängerung der Leistungsdauer (zu Ziffer 2.4.2 der AUB 2018)

In Abänderung von Ziffer 2.4.2 der AUB 2018 zahlen wir das Krankenhaustagegeld längstens für die Dauer von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

Verlängerung der Leistungsdauer (zu Ziffer 2.4.2 der AUB 2018) – Osteosynthesematerial-Entfernung

Für einen Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von Osteosynthesematerial, welches anlässlich eines unter Ziffer 2.4.1 der AUB 2018 fallenden Krankenhausaufenthaltes eingebracht wurde, gilt statt der unter Ziffer 2.4.2. der AUB 2018 genannten zeitlichen Begrenzung von zwei Jahren eine Begrenzung von fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet.

Erhöhtes Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalt im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land – höchstens jedoch für 4 Wochen – den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen

Unterzieht sich die versicherte Person aufgrund eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation, so zahlen wir ein versichertes Krankenhaustagegeld für die Dauer von 3 Tagen.

Begleitperson im Krankenhaus

Wir verdoppeln das für die versicherte Person vereinbarte Krankenhaustagegeld, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
- Eine Begleitperson wird auf ärztlichen Rat hin im Krankenhaus untergebracht.

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

6. Todesfalleistung (Ziffer 2.6 der AUB 2018)

Verschollenheit

Ein Anspruch auf Todesfalleistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person verschollen ist und

- im Aufgebotsverfahren für tot erklärt wurde und
- die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und
- eine Urkunde vorgelegt wird.

Die ausgezahlte Todesfalleistung ist zurückzuzahlen, wenn die versicherte Person die Verschollenheit überlebt.

7. Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer 2.7 der AUB 2018)

Höhe der Leistung

Abweichend von Ziffer 2.7.2 der AUB 2018 werden die Kosten für kosmetische Operationen bis zur Höhe von 50.000 EUR erstattet.

8. Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze (Ziffer 2.8 der AUB 2018)

Höhe der Leistung

Abweichend von Ziffer 2.8.2 der AUB 2018 werden die Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zur Höhe von 50.000 EUR erstattet.

9. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? (Ziffer 3 der AUB 2018)+

Berücksichtigung des Mitwirkungsanteils

Abweichend von Ziffer 3.2.2 der AUB 2018 nehmen wir keine Minderung vor, sofern der Mitwirkungsanteil 50 % nicht übersteigt.

10. Was ist nicht versichert? – Ausgeschlossene Unfälle (Ziffer 4.1 der AUB 2018)

Trunkenheit

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen. Dies gilt beim Lenken von Motorfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 Promille lag und beim Lenken von Fahrrädern nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,6 Promille lag.

Medikamenteneinnahme

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf der bestimmungsgemäßen Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten beruhen.

Herzinfarkt und Schlaganfall

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen. Die bereits durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall eintretende Gesundheitsschädigung ist nicht mitversichert.

Übermüdung – Einschlafen infolge Übermüdung

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörung angesehen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben dagegen die Tagesschläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

Ungewollte Einnahme von sogenannten K.O.-Tropfen

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für die gesundheitlichen Folgen der ungewollten Einnahme sogenannter K.O.-Tropfen, sofern dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges

Abweichend von Ziffer 4.1.2 der AUB 2018 besteht für Personen unter 18 Jahren sowie für Entmündigte auch dann Versicherungsschutz, wenn diese ein Land- oder Wasserfahrzeug lenken oder fahren, ohne dass sie im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis sind. (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

Selbstgebaute Feuerwerkskörper

Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht für Unfälle Versicherungsschutz, die durch die Herstellung oder den Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden sind. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind (Ziffer 4.1.3 der AUB 2018)

Abweichend von Ziffer 4.1.3 der AUB 2018 erlischt der Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird, am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die 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 vom Versicherungsschutz.

Unfälle der versicherten Person durch Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen

Abweichend von Ziffer 4.1.5 der AUB 2018 gelten folgende Vereinbarungen:

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder In- und Outdoorkartbahnen, die für das allgemeine Publikum geöffnet sind).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet.

11.

Ausgeschlossene Gesundheitsschäden (Ziffer 4.2 der AUB 2018)

Gesundheitsschäden durch Strahlen (Ziffer 4.2.2 der AUB 2018)

Gesundheitsschäden durch Strahlen gelten im Rahmen von Ziffer 1.2 dieser Sonderbedingungen (BB Exclusive Top 100 – Stand: 08.2018) als mitversichert.

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person (Ziffer 4.2.3 der AUB 2018)

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut wird nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff gewertet.

Infektionen (Ziffer 4.2.4 der AUB 2018)

Abweichend von Ziffer 4.2.4 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für

- **die durch einen Zeckenstich übertragenen Infektionskrankheiten** (z. B. Frühsommer-, Meningoenzephalitis FSME oder Lyme-Borreliose). Als Unfalltag gilt der Tag, an dem die Erkrankung erstmals ärztlich diagnostiziert wurde. Es gilt eine Wartezeit von drei Monaten nach Vertragsbeginn. Die in diesem Zeitraum ärztlich diagnostizierten Infektionskrankheiten sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- **Gesundheitsschädigungen infolge einer Schutzimpfung (Impfschaden)**. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- **Infektionen infolge von Tier- und Insektenbissen sowie Insektenstiche** sind mitversichert, auch wenn die Erreger durch eine geringfügige Verletzung der Haut oder Schleimhaut in den Körper gelangen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn sich der Ausbruch der Krankheit frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn ereignet. Der Versicherer erbringt Leistungen nur für den Invaliditäts- oder Todesfall, soweit diesbezüglich Leistungen vereinbart sind.
- **In Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstandene Infektionen**, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung durch alle Hautschichten hindurch oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand nur dann, wenn durch den Hustenanfall eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre) - (Ziffer 4.2.5 der AUB 2018)

Nahrungsmittelvergiftungen

Gesundheitsschädigungen infolge von versehentlichen Nahrungsmittelvergiftungen sind mitversichert. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsschädigung binnen 48 Stunden eintritt und innerhalb dieses Zeitraums ärztlich festgestellt wird.

Versehentliche Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Als mitversichert gelten Gesundheitsschädigungen infolge der versehentlichen Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, die für den menschlichen Verzehr nicht geeignet sind. Das Versehen hat die versicherte Person dem Versicherer gegenüber darzulegen.

- 12. Änderung der beruflichen Tätigkeit (Ziffer 5.2.1 der AUB 2018)**
- Sofern versehentlich die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht angezeigt wird, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Beitragsberichtigung bzw. -verrechnung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind.
- 13. Der Leistungsfall – Obliegenheiten (Ziffer 6.1 der AUB 2018)**
- Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn der Versicherte den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.
- Durch unbeabsichtigte Verzögerung der Anzeige von Unfällen erwachsen Ihnen und der versicherten Person keine Nachteile. Die Unfallmeldung soll aber so rasch wie möglich, d.h. unverzüglich nach bekannt werden bzw. sobald hierzu die Möglichkeit besteht, erfolgen.
- 14. Vorschüsse (Ziffer 8.3 der AUB 2018)**
- In Abänderung/Ergänzung von Ziffer 8.3. der AUB 2018 kann auch dann, wenn keine Todesfallsumme versichert ist, ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung – höchsten jedoch 20.000 EUR – verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- 15. Mitversicherte Zusatzleistungen – Besondere Vereinbarungen**
- 15.1 Generelle Vereinbarungen**
- 15.1.1** Handelt es sich bei der Leistung um Kostenersatz, besteht eine Leistungspflicht nur, wenn die Kosten tatsächlich aufgewendet werden und sie durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder dessen Folgen bedingt sind.
- 15.1.2** Ist ein bestimmter körperlicher Zustand, eine Verletzung oder die Dauer der Behandlungsmaßnahme Voraussetzung für die Leistung, so muss ein unter diesen Vertrag fallender Unfall oder dessen Folgen ursächlich sein. Soweit anwendbar, werden bei der Ermittlung der Höhe der Leistung die Regelungen von Ziffer 3 der AUB 2018 berücksichtigt.
- 15.1.3** Kommt ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für Kosten auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten.
- 15.1.4** Die Leistungen sind auf die jeweils festgelegten Höchstbeträge je Unfall begrenzt und nehmen an einer für andere Leistungsarten festgelegten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil (Ausschluss der Dynamik).
- 15.1.5** Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 15.1.6** Können Kosten mehreren Leistungsarten zugeordnet werden, ist die Gesamtleistung auf die Höhe der tatsächlich aufgewendeten Kosten und maximal auf die Summe der Höchstbeträge begrenzt.
- 15.2 Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe**
- 15.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen**
- 15.2.1.1** Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1 der AUB 2018
- 15.2.1.2** Die Beihilfe wird für Mehrkosten von medizinisch notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren verwendet, die innerhalb von 3 Jahren nach einem Unfall für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen durchgeführt werden.
- 15.2.1.3** Die Voraussetzungen für die Leistung werden durch Vorlage eines ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen durch die BfA, die gesetzliche Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.
- 15.2.1.4** Mitversichert sind teilstationäre Maßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.
- 15.2.1.5** Nicht versichert sind
- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
 - Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
 - Berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
 - Sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.
- 15.2.2 Höhe der Leistung**
- Die Leistung (Mehrkostenübernahme) für Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe ist auf 25.000 EUR begrenzt.
- 15.3 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten**
- 15.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen:**
- 15.3.1.1** Der nach endgültiger Feststellung verbliebene Invaliditätsgrad beträgt mindestens 70 %.
- 15.3.1.2** Die Umbauten oder der Umzug werden innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall durchgeführt.
- 15.3.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 15.3.2.1** Wir ersetzen die Kosten
- für den behindertengerechten Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung oder für den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung;
 - für die behindertengerechte Umrüstung oder die Ausstattung eines PKW.
- 15.3.2.2** Die Leistung für Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten ist auf 10 % der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens auf 25.000 EUR begrenzt.
- 15.3.3** Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so können Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 15.4 Komageld**
- 15.4.1 Voraussetzung für die Leistung**
- 15.4.1.1** Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter Ziffer 3.1 AUB 2018
- 15.4.1.2** Die versicherte Person fällt in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt.
- 15.4.1.3** Der Komazustand tritt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein und wird durch ärztliche Atteste nachgewiesen.

15.4.1.4 Die Leistung wird fällig, wenn der Komazustand der versicherten Person beendet ist oder die maximale Anzahl von Tagen, für die geleistet wird, erreicht ist.

15.4.2 Dauer und Höhe des Leistung

Die Leistung für Komageld beträgt für die Dauer des Komas 20 EUR je Tag des Zustandes und ist auf 365 Tage begrenzt.

15.5 Gipsgeld

15.5.1 Voraussetzung für die Leistung

15.5.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1 AUB 2018

15.5.1.2 Wir zahlen einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 200 EUR, wenn aufgrund ärztlicher Anordnung ein Körperteil der versicherten Person unfallbedingt länger als 14 Tage ruhig gestellt wird.

Voraussetzung ist eine Ruhigstellung durch fest angebrachte Fixierungen wie Gips-, Cast- oder Zinkkleimverbände, die:

- vom Arzt angelegt und wieder abgenommen werden,
- von der versicherten Person selbst nicht beschädigungslos abgenommen und wieder angelegt werden können,
- Tag und Nacht getragen werden müssen und entsprechende Unannehmlichkeiten z. B. bei der Körperhygiene oder beim Schlafen verursachen.

Für andere Systeme der Ruhigstellung, die ggf. auch gegen den ärztlichen Rat – von der versicherten Person ab – und wieder angelegt werden können, leisten wir kein Gipsgeld.

15.6 Umschulungsmaßnahmen

15.6.1 Voraussetzungen für die die Leistung

Die versicherte Person führt infolge einer unfallbedingten Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch. Berufsunfähig im Sinne der Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

15.6.2 Art und Höhe der Leistung

Die nachgewiesenen Kosten für die Umschulungsmaßnahmen werden bis zur Höhe von 5.000 EUR erstattet.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten bezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es bei dem vollen Leistungsanspruch. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung für Umschulungsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.7 Entführungsleistung

15.7.1 Voraussetzungen und Höhe der Leistung

Wir zahlen einmalig eine Entführungsleistung in Höhe von 2.500 EUR, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person wird für mindestens 2 Tage entführt oder durch eine Straftat für mindestens 12 Stunden gegen ihren Willen festgehalten.
- Die Straftat wird polizeilich aufgenommen.

15.7.2 Geltendmachung der Leistung

Der Anspruch muss von Ihnen spätestens 3 Monate nach Beendigung der Straftat bei uns geltend gemacht sein.

15.8 Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung

15.8.1 Rooming-In-Leistung

15.8.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Ein über diesen Vertrag versichertes Kind befindet sich in vollstationärer Heilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter übernachtet im Krankenhaus mit dem Kind (Rooming-In).

15.8.1.2 Dauer und Höhe der Leistung:

Die Leistung für Rooming-In beträgt pauschal 30 EUR je Übernachtung und ist auf 10 Übernachtungen begrenzt.

15.8.1.3 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so kann die Rooming-In-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.8.2 Kostenübernahme für Nachhilfeunterricht

15.8.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind kann aufgrund eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen.

15.8.2.2 Dauer und Höhe der Leistung

Wir erstatten die für den Nachhilfeunterricht nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe von 50 EUR pro ausgefallenem Schultag. Die Kostenerstattung ist auf insgesamt 1.000 EUR begrenzt. Die Kosten für den Nachhilfeunterricht übernehmen wir für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

15.8.2.3 Bestehen für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so kann die Kostenerstattung für den Nachhilfeunterricht nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.8.3 Kindermädchen/Hilfe im Haushalt

15.8.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein sorgeberechtigter und über diesen Vertrag versicherter Elternteil ist aufgrund eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes oder des Unfalldes nicht in der Lage, die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung eines oder mehrerer Kinder zu gewährleisten.

Das Kind hat bzw. die Kinder haben das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet.

15.8.3.2 Art, Dauer und Höhe der Leistung:

Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter.

Die Kostenleistung beträgt 100 EUR je Tag und wird längstens für die Dauer von 30 Tagen gezahlt.

15.8.3.3 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so kann die Leistung für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.9 Vorsorgeversicherung für Kinder und Lebenspartner

15.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Vorsorgeversicherung gilt

- für den Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn Sie als Versicherungsnehmer/in nach Vertragsabschluss heiraten oder eine Lebenspartnerschaft begründen, jedoch nur dann, wenn für den Ehe- bzw. Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht;

- für jedes von Ihnen oder Ihrem Ehe- bzw. Lebenspartner nach Vertragsabschluss geborene Kind;
- für jedes von Ihnen oder Ihrem Ehe- bzw. Lebenspartner nach Vertragsabschluss adoptierte Kind, solange dieses bei der Adoption das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

15.9.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Versicherungssummen betragen

- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall – ohne Einbeziehung einer Mehrleistung oder progressiven Invaliditätsstaffel
- 10.000 EUR für den Todesfall
- Die Vorsorgeversicherung gewähren wir für die Dauer eines Jahres ab Eheschließung, Begründung der Lebenspartnerschaft, Geburt bzw. Adoption, es sei denn, der Vertrag endet früher.
- Wenn Sie während der Dauer der Vorsorgeversicherung einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person stellen, gilt folgende Regelung:
- Die beitragsfreie Dauer der Vorsorgeversicherung gilt bis zum Ende ihrer Dauer weiter. Die beantragten neuen Versicherungssummen gelten zusätzlich.

15.10 Kosten für Dekompressionskammer nach Tauchunfällen

15.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Tauchunfall Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer entstanden.

Ein Dritter (Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

15.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und von einem Dritten nicht übernommenen Kosten bis zur Höhe von 25.000 EUR.

15.11 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

15.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

15.11.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1 der AUB 2018.

15.11.1.2 Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr Dauer einen Unfall erlitten.

15.11.1.3 Für die Behandlung der Unfallkosten sind ihr Heilkosten entstanden.

15.11.2 Art und Höhe der Leistung

15.11.2.1 Wir leisten ab einem Betrag von 50 EUR Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Arzneien
- künstliche Glieder
- Verbandszeuge

15.11.2.2 Die Leistung für Heilkosten ist auf einen Betrag von 5.000 EUR begrenzt.

15.12 Auslands-Krankenhaustagegeld

15.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall im Ausland und befindet sich dort unmittelbar nach diesem Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Es ist für die versicherte Person kein anderweitiges Krankenhaustagegeld über diesen Vertrag versichert.

15.12.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung im Ausland ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, längstens für die Dauer von 30 Tagen.

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

15.13 Unfallversicherung für Lebensretter

15.13.1 Versicherter Personenkreis

Personen, die beim Retten einer versicherten Person eine unfallbedingte Gesundheitsschädigung erleiden.

15.13.2 Höhe der Leistungen je Person:

Leistung bei Invalidität: 30.000 EUR Leistung bei Unfalltod: 15.000 EUR

Ein vereinbartes Mehrleistungs- oder Progressionsmodell gilt nicht.

Die Leistungen nehmen an einer jährlichen planmäßigen Erhöhung von Summen und Beitrag (Dynamik) nicht teil. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, zahlen wir die Leistung nur aus einem Vertrag.

15.14 Frauenspezifische Leistungen

15.14.1 Unfallbedingte Fehlgeburt oder Neugeborenenverlust

Ergänzend zu den Ziffern 1 und 2 AUB 2018 erbringen wir eine Leistung unter den nachfolgend beschriebenen Bedingungen:

Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat innerhalb einer während der Wirksamkeit des Vertrages eingetretenen, durch Mutterpass nachgewiesenen, Schwangerschaft nach der 16. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten oder das lebend geborene Kind stirbt innerhalb von 10 Tagen nach dem Unfall. Die Fehlgeburt wurde durch einen Unfall gemäß Ziffer 1 AUB 2018 ausgelöst.

Höhe der Leistung

Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Ziffer 1 zahlen wir einen Betrag in Höhe von 5.000 EUR.

15.14.2 Verlust oder Funktionsunfähigkeit der Gebärmutter

In Ergänzung zu Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2018 gilt bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der Gebärmutter bei Frauen bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres ein Invaliditätsgrad von 15 %.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des Prozentsatzes.

16. Zukünftige Leistungsverbesserungen

Werden die diesem Unfallversicherungsvertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen und Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent – Fassung Januar 2022

Voraussetzung für den Versicherungsschutz in nachfolgendem Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018) wird wie folgt erweitert:

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50 Prozent, zahlen wir unabhängig vom Lebensalter des Versicherten die im Versicherungsschein festgelegte Unfall-Rente.

Dieser Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 AUB 2018; er kann auf Ihren oder unseren Antrag jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 50 Prozent wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Für die Unfall-Rente findet Ziffer 2.1.2.3 AUB 2018 keine Anwendung. Bei einer zusätzlichen Invaliditätsleistung eventuell vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, bleiben für die Unfall-Rente unberücksichtigt.

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

a) der Versicherte stirbt, oder

b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 1. Satz 2 oder 3 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzung für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn der Versicherungsnehmer die Bescheinigung nicht unverzüglich zusendet, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis die Bescheinigung dem Versicherer vorliegt.

3. Die Leistungen aus einer Unfall-Renten-Versicherung werden für jede versicherte Person nur einmal gewährt.

Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag auf Unfall-Rente, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des Leistungsfall auslösenden Unfallereignisses.

Ist neben der Unfall-Rentenleistung auch eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung für den Verletzten versichert, bleibt die Versicherung insoweit bestehen, als sie sich auf diese Unfall-Invaliditätsleistung und etwa mitversicherte Zusatzleistungen für den Verletzten bezieht. Es erlischt lediglich die Versicherung der Unfall-Rente mit dem Tag des Unfalls der zu einer versicherten Rentenleistung geführt hat.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der HilfePlus in der Unfallversicherung – Fassung Januar 2022

Voraussetzung für den Versicherungsschutz in nachfolgendem Umfang ist die Beantragung des Einschlusses sowie die Dokumentation im Versicherungsschein.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen mit Assistance-Leistungen bestehen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

HilfePlus nach einem Unfall

1. Hilfeleistungen

1.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des nachstehenden Leistungskataloges (Ziffer 1.2) der Hilfe bedarf (Hilfebedürftigkeit).

Die Hilfebedürftigkeit ist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

1.1.2 Die Leistungen werden für eine Dauer von maximal sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Leistungen mit kürzerer Dauer werden zum benötigten Zeitpunkt innerhalb dieser sechs Monate erbracht.

1.1.3 Bei den Hilfeleistungen infolge unfallbedingter Hilfebedürftigkeit (Ziffer 1.1.1) verzichten wir auf die Berücksichtigung einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen.

1.1.4 Die Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst einen Dienstleister für Leistungen nach Ziffer 1.2 auswählt.

Wenn und soweit einzelne Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung/Krankenversicherung erbracht werden, endet unsere Leistungspflicht.

1.1.5 Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

1.2 Art und Umfang der Leistungen

Ein Anspruch auf die nachfolgend aufgeführten Leistungen besteht bei entsprechendem Bedarf.

1.2.1 Erstgespräch

In einem Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der Hilfeleistungen mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt festgestellt, und die Art, die Durchführung und die Termine der Hilfeleistung abgesprochen.

1.2.2 Hausnotrufdienst

Sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird für die versicherte Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger oder Funkarmband zur Verfügung gestellt.

1.2.3 Mahlzeitendienst

Es erfolgt die Versorgung der versicherten Person und ggf. für die übrigen in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Familienmitglieder mit sieben Hauptmahlzeiten nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Möglichkeit des von uns beauftragten Vertragspartners jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten) tiefgekühlt oder täglich warm angeliefert. Die Kosten für die Mahlzeiten werden übernommen.

1.2.4 Reinigung der Wohnung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) wird einmal wöchentlich im üblichen Umfang gereinigt. Dies setzt voraus, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand.

1.2.5 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu zweimal pro Woche durchgeführt.

Zu Besorgungen und Einkäufen zählen:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bankgänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

1.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich wird

- das Waschen und Trocknen,
- das Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen der Wäsche,
- die Schuhpflege

übernommen.

1.2.7 Unterstützung und Begleitung bei Arzt- oder Behörden-gängen und Wegen zur Therapie/Krankengymnastik

Für eine Dauer von bis zu vier Wochen wird die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich bei Wegen zur Therapie/Krankengymnastik, bei Behördengängen und bei Arztbesuchen begleitet und unterstützt. Die Begleitung beinhaltet einen Fahrdienst.

1.2.8 Pflegeeinweisung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (maximal zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig eingewiesen.

1.2.9 Leistungen der Grundpflege

Die versicherte Person erhält für bis zu vier Wochen eine Grundpflege entsprechend der zu erwartenden Pflegestufe. Zu den Leistungen der Grundpflege zählen

- Körperpflege,
- Hilfe beim An- und Auskleiden,
- Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungs-übungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

1.2.10 24-Stunden-Pflegenotruf

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege nach Ziffer 1.2.9 kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.

1.2.11 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung statt. Zur Pflegeberatung gehören:

- Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeprobleme,
- Planung der Pflegeeinsätze,
- Hilfe bei der Wahl von notwendigen Pflegehilfsmitteln,
- Beratung zur Antragstellung und zu Leistungen der Pflegekassen.

1.2.12 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es wird die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankbett, Rollstuhl, Gehhilfen) übernommen. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel sind nicht eingeschlossen.

1.2.13 Tierbetreuung

Wir organisieren die Unterbringung und Versorgung von Hunden, Katzen, Kaninchen, Vögeln sowie von gezähmten Kleintieren (z. B. Hamster, Meerschweinchen), die in Ihrem Haushalt leben, in einem Tierheim oder einer Tierpension.

Das Tier muss dem von uns Beauftragten übergeben werden.

Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Tier die erforderlichen Impfungen besitzt und keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist.

Wir übernehmen die Kosten für den Transport und die Betreuung bis zu maximal 300 Euro. Alternativ übernehmen wir bei einer Selbstorganisation die nachgewiesenen Kosten für den Transport und die Betreuung bis maximal 300 Euro.

1.2.14 Häusliche Betreuung der Kinder bei Unfall der Eltern

Beindet sich die/der über diesen Vertrag versicherte Mutter/Vater infolge eines Unfalls gemäß Ziffer 1.3 und/oder Ziffer 1.4 AUB 2018 in vollstationärer Heilbehandlung, wird für eine Dauer von bis zu zwei Wochen für bis zu acht Stunden am Tag eine qualifizierte häusliche Kinder-Betreuung organisiert und vermittelt. Die Kosten für die Betreuung übernehmen wir.

1.2.15 Fahrdienste für Kinder

Können die über diesen Vertrag versicherten Eltern infolge eines Unfalls gemäß Ziffer 1.3 und/oder Ziffer 1.4 AUB 2018 den Fahrdienst Ihrer Kinder zur Schule oder zum Sport nicht übernehmen, organisieren und vermitteln wir einen entsprechenden Fahrdienst. Die Kosten für den Fahrdienst übernehmen wir für eine Dauer von bis zu vier Wochen.

1.2.16 Betreuung und Nachhilfe für verunfallte Kinder

Kann ein über diesen Vertrag mitversichertes Kind infolge eines Unfalls gemäß Ziffer 1.3 und/oder Ziffer 1.4 AUB 2018 die Schule nicht besuchen, organisieren und vermitteln wir eine notwendige Betreuung und Nachhilfe. Die Kosten für die Betreuung und Nachhilfe übernehmen wir für eine Dauer von bis zu vier Wochen.

1.3 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades

1.3.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung

Die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 1.2 dieser Bedingungen werden auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person erbracht, sofern und soweit die versicherte Person diese gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für die zu pflegende Person wurde ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

1.3.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 1.2 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 1.3.1 erfüllt, längstens für sechs Monate.

1.3.3 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu sechs Monate. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 1.3.2.

1.3.4 Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

1.3.5 Unsere Leistungen nach Ziffer 1.3 enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

2. 24-Stunden-Service-Telefon

2.1 Beratung nach einem Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 und/oder Ziffer 1.4 AUB 2018, so bieten wir Ihnen über ein 24-Stunden-Service-Telefon die Möglichkeit den Unfall zu melden, geben Ihnen erste Informationen zur ärztlichen Versorgung und beraten Sie bei Ihren ersten Fragen.

Kosten, die sich aus unserer Beratung ergeben, übernehmen wir nicht.

2.2 Mobilitätsschutz nach einem Unfall

Erleidet die versicherte Person auf einer Reise einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 und/oder Ziffer 1.4 AUB 2018, so bieten wir Ihnen über ein 24-Stunden-Service-Telefon Beratung und Unterstützung. Dazu gehören beispielsweise

- weltweite Organisation von Krankenrücktransporten,
- Informationen über die Möglichkeit medizinischer Versorgung im Ausland,
- Herstellung des Kontaktes zwischen Hausarzt und Arzt vor Ort,
- Benachrichtigungsservice in Notlagen,
- Zusendung benötigter, verschreibungspflichtiger Medikamente,
- weltweite Organisation Bestattung/Überführung bei Todesfällen,
- Organisation der Betreuung und Rückreise minderjähriger Kinder, wenn die Eltern verunfallen,
- fremdsprachliche Unterstützung.

Kosten, die sich aus unserer Beratung ergeben, übernehmen wir nicht.

Beitragsanpassung

3. Wann wird eine Beitragsanpassung durchgeführt?

- 3.1 Erhöhen sich die Preise für Leistungen gemäß den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen bei von uns beauftragten Vertragspartnern, sind wir berechtigt Ihren Beitrag mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens schriftlich mitgeteilt und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.
- 3.2 Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt der Änderungsmitteilung zugegangen sein. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Das Vertragsverhältnis endet dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung.
- 3.3 Ermäßigen sich die Preise für Leistungen gemäß den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen, sind wir verpflichtet, Ihren Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an entsprechend abzusenken.