

Unfallversicherung 2021

Formular 4047 – Stand 01.09.2021

Teil I

Allgemeine Bedingungen Unfallversicherung mit Hilfeleistungen KomfortSchutz (AUBH Komfort 2021)

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
 - 2.1 Assistance-Leistungen
 - 2.1.1 Allgemeine Bestimmungen für alle Assistance-Leistungen
 - 2.1.2 Hilfeleistungen
 - 2.1.3 Reha-Management
 - 2.1.4 Familien-Management
 - 2.2 Geldleistungen
 - 2.2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2.2 Unfall-Rente
 - 2.2.3 Verbesserte Unfall-Rente
 - 2.2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.2.5 Todesfall-Leistung
 - 2.2.6 Verbessertes Krankenhaustagegeld
 - 2.2.7 Kurzzeitpflegebeihilfe
 - 2.2.8 Pflegegeld
 - 2.2.9 Pflegeausfallgeld
 - 2.2.10 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.2.11 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
 - 2.2.12 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie für zusätzliche Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz
 - 2.3 Garantien
 - 2.4 Vorsorgeschutz
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

5 Was ist nicht versichert?

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Fristen und Obliegenheiten)

8 Welche Folgen haben das Nichteinhalten von Fristen und die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Der Versicherungsbeitrag

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

12 Wie ist der Beitrag kalkuliert und in welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfeleistungen oder das Familien-Management neu festgesetzt werden?

Weitere Bestimmungen

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

14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

16 Was passiert bei Meinungsverschiedenheiten, wo ist der Gerichtsstand?

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?

18 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?

19 Welches Recht findet Anwendung?

Teil II

Besondere Bedingungen

Gelten sofern vereinbart:

- Besondere Bedingungen Invaliditätsleistung ohne Franchise (BB Wegfall Franchise 2021)
- Besondere Bedingungen zusätzliches Krankenhaustagegeld (BB ZusatzKHT 2021)
- Besondere Bedingungen Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2021 – 300 Prozent)
- Besondere Bedingungen Mehrleistungen 500 (BB Mehrleistungen 2021 – 500 Prozent)
- Besondere Bedingungen Progression 300 (BB Progression 2021 – 300 Prozent)
- Besondere Bedingungen Progression 500 (BB Progression 2021 – 500 Prozent)
- Besondere Bedingungen Dynamik (BB Dynamik 2021 – Modell 9)
- Besondere Bedingungen Dynamik (BB Dynamik 2021 – Modell 11)
- Besondere Bedingungen SofortSchutz (BB SofortSchutz 2021)

Was Sie über Ihre Unfallversicherung wissen sollten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Bedingungen Unfallversicherung mit Hilfeleistungen KomfortSchutz (AUBH Komfort 2021) 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 AUBH Komfort 2021 daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige nachlesen.

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

Was nach einem Unfall zu beachten ist, können Sie in Ziffer 7 Ihrer AUBH Komfort 2021 (Fristen und Obliegenheiten) nachlesen.

Wir kommen als Versicherer 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.

In Ihrem Versicherungsschein haben wir die konkret vereinbarten Bedingungen aufgeführt.

Berufstätigkeit der versicherten Person/Gefahrengruppen

Die Höhe Ihres Versicherungsbeitrags hängt auch von der tatsächlich ausgeübten, beruflichen Tätigkeit der versicherten Person ab. Bitte teilen Sie uns Änderungen der beruflichen Tätigkeit innerhalb von zwölf Monaten ab dem Änderungszeitpunkt mit (Ziffer 6.1 AUBH Komfort 2021). Diese Angabe ist wichtig, um Ihren Versicherungsbeitrag zu berechnen und sie kann den Leistungsumfang Ihrer Unfallversicherung erhöhen oder vermindern.

Wir unterscheiden in der Beitragsberechnung für die Unfallversicherung zwischen den Gefahrengruppen A und B sowie dem erhöhten Berufsrisiko.

Wenn die versicherte Person Berufstätigkeiten nach beiden Gefahrengruppen A und B ausübt, wird der Beitrag nach der Gefahrengruppe B berechnet.

Übt die versicherte Person ein erhöhtes Berufsrisiko aus, ist ein Abschluss oder eine Fortführung der Unfallversicherung in den meisten Fällen nicht möglich.

Gefahrengruppe A

Versicherte Personen

- mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst,

- leitend oder Aufsicht führend im Betrieb oder auf Baustellen (keinerlei körperliche Mitarbeit),
- tätig im Laden, Labor (außer bei Arbeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen – dann Gefahrengruppe B),
- im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege,
- im Innendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung (keinerlei Außendiensttätigkeit),
- Tierärzte
- Fotografen, Künstler, Optiker, Rechtsanwälte, Reporter, Schneider, Studenten (außer Sportstudenten), Uhrmacher.

Gefahrengruppe B

Versicherte Personen

- mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder tätig mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen,
- Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei,
- im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung,
- Berufskraftfahrer, Landwirte, Sportlehrer, Sportstudenten.

Erhöhtes Berufsrisiko

Versicherte Personen mit extrem gefährlichen Berufen, z. B.:

- Artisten, Stuntmen und Tierbändiger,
- Rennfahrer, Rennreiter,
- Sprengpersonal, Munitionssuch- und Räumtruppen,
- Berufssportler (auch Vertrags- und Lizenzsportler),
- Berufstaucher,
- Sicherheitspersonal,
- Bergleute unter Tage,
- Beschäftigte auf Ölplattformen und Bohrseln.

Nicht versicherbare Personen

Dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen oder privaten Pflegeversicherung mit

- Pflegegrad 3, 4 oder 5

sind nicht versicherbar und erhalten deshalb trotz eventueller Beitragszahlung keine Leistungen im Falle eines Unfalls.

Sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Unfallversicherung für die versicherte Person und zu viel bezahlte Versicherungsbeiträge werden erstattet.

Teil I

Allgemeine Bedingungen Unfallversicherung mit Hilfeleistungen KomfortSchutz (AUBH Komfort 2021)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder eine andere Person sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

Als Unfallereignis gelten auch unfreiwillige Erfrierungen sowie der unfreiwillige Erfrierungstod.

1.4 Erhöhte Kraftanstrengung

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 zert oder zerreißt.

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

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

Beispiel:

Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

1.5 Oberschenkelhalsbruch

Als Unfall gilt auch – unabhängig von der Ursache – ein Bruch des

- Oberschenkelkopfs,
- großen Rollhügels,
- Oberschenkelhalses.

Hierbei bleibt eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3) unberücksichtigt.

1.6 Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie

- bei der rechtmäßigen Verteidigung oder
- aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

erleidet.

1.7

Gase und Dämpfe

Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person

- durch besondere Umstände
- den Einwirkungen von Gasen und Dämpfen
- unentrinnbar
- mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.8

Außerberufliches Tauchen

Für das Risiko des außerberuflichen Tauchens besteht Versicherungsschutz auch für

- tauchtypische Gesundheitsschädigungen

Beispiel:

Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen

- den unfreiwilligen Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,

auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

entfällt

1.9

1.10

Unfälle bei inneren Unruhen, Schlägereien, anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen

Für Unfälle, die der versicherten Person, auch in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, bei inneren Unruhen, Schlägereien oder anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen zustoßen, ohne dass sie hierbei vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht Versicherungsschutz. Ziffer 5.1.2 bleibt unberührt.

1.11

Einschränkungen der Leistungspflicht

Wir können für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) sowie zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

Wenn wir eine Assistance-Leistung (Ziffer 2.1) erbringen, ist damit keine Anerkennung unserer Leistungspflicht für Geldleistungen (Ziffer 2.2) verbunden.

2.1

Assistance-Leistungen

(Hilfeleistungen, Reha-Management, Familien-Management)

2.1.1

Allgemeine Bestimmungen für alle Assistance-Leistungen

Wir erbringen Assistance-Leistungen durch einen externen Dienstleister. Die Leistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Kann der Dienstleister in Folge von höherer Gewalt, Krieg oder Streik die Leistungen nicht erbringen, so besteht kein Anspruch auf Leistung.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn und soweit ein Dienstleister ohne unsere Vermittlung beauftragt wird.

Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, enden insoweit die Leistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können Assistance-Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Welche der nachfolgend beschriebenen Assistance-Leistungen beansprucht werden können, richtet sich nach den jeweiligen Leistungsvoraussetzungen.

Die Leistungen beginnen frühestens, wenn Sie diese bei uns geltend gemacht haben.

2.1.2 Hilfeleistungen

2.1.2.1 Voraussetzungen für alle Hilfeleistungen

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir die nachstehend beschriebenen Hilfeleistungen.

Hilfsbedürftigkeit besteht, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

2.1.2.2 Dauer der Hilfeleistungen

Wir erbringen die Leistungen längstens für zwölf Monate vom Unfalltag an gerechnet. Wird die Nachbarschaftshilfe (Ziffer 2.1.2.16) in Anspruch genommen, werden die Leistungen längstens für zwölf Monate nach dem Ende der geleisteten Nachbarschaftshilfe erbracht.

Kein Anspruch auf Hilfeleistungen besteht, wenn ein Leistungsanspruch in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ab Pflegegrad 2 anerkannt ist. Laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung.

Werden bis zum Ablauf des vierten Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt in den Körper eingebrachte Metallteile operativ entfernt und tritt dadurch eine erneute Hilfsbedürftigkeit ein, so werden Hilfeleistungen für maximal weitere vier Wochen erbracht, sofern im ersten Jahr nach dem Unfall Hilfeleistungen bezogen wurden.

2.1.2.3 Hausnotruf

2.1.2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erhält mindestens eine Leistung aus Ziffer 2.1.2.4 bis 2.1.2.15.

Die technischen Voraussetzungen, wie z. B. ein entsprechender Strom- und Telefonanschluss, müssen vorhanden sein.

2.1.2.3.2 Art der Leistung

Wir stellen eine Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person zur Verfügung.

Die Rufzentrale ist rund um die Uhr erreichbar.

2.1.2.3.3 Höhe der Leistung

Die Kosten für die Bereitstellung der Anlage tragen wir. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn dieser innerhalb von zwölf Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt wird. Telefonkosten und die sich durch Einsätze ergebenden Folgekosten, wie z. B. Einsatz des Notarztes oder der Feuerwehr, werden von uns nicht übernommen.

2.1.2.4 Mahlzeitservice

2.1.2.4.1 Art der Leistung

Die versicherte Person und deren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe- oder Lebenspartner erhalten je eine Hauptmahlzeit pro Tag.

Die versicherte Person kann aus dem vom Dienstleister angebotenen Essenssortiment auswählen. Die

Mahlzeiten werden täglich warm oder jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.

Einrichtungen zum Tiefkühlen oder Erhitzen der Mahlzeiten gehören nicht zum Lieferumfang.

2.1.2.4.2 Höhe der Leistung

Die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung tragen wir.

2.1.2.5 Besorgungen, Einkäufe und Medikamentenservice

2.1.2.5.1 Art der Leistung

Wir übernehmen Besorgungen und Einkäufe. Diese werden insgesamt einmal wöchentlich bis zu drei Stunden durchgeführt. Hierzu zählen:

- Zusammenstellen des Einkaufszettels für Waren des täglichen Bedarfs,
- notwendige Besorgungen (wie z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten) und Einkäufen von Waren des täglichen Bedarfs,
- Beschaffung von Medikamenten und
- Unterbringung und Versorgung der eingekauften Waren.

2.1.2.5.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

2.1.2.6 Reinigung der Wohnung

2.1.2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Wohnung war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

2.1.2.6.2 Art der Leistung

Wir übernehmen die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum, Flur).

Dies wird einmal wöchentlich bis zu drei Stunden im üblichen Umfang durchgeführt.

2.1.2.6.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Reinigungspersonal.

2.1.2.7 Versorgung der Wäsche

2.1.2.7.1 Art der Leistung

Wir übernehmen das

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

Dies wird insgesamt einmal wöchentlich bis zu drei Stunden durchgeführt.

2.1.2.7.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

2.1.2.8 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

2.1.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das persönliche Erscheinen der versicherten Person bei Behörden und Ärzten ist unumgänglich.

2.1.2.8.2 Art der Leistung

Die Begleitung der versicherten Person bei Behördengängen und Arztbesuchen.

Dies erfolgt bis zu zweimal wöchentlich im Umkreis bis zu 50 km vom ständigen Wohnsitz. Die versicherte Person wird zum Termin gebracht und abgeholt.

2.1.2.8.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Begleitperson.

2.1.2.9 Grundpflege

2.1.2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch sind gegeben. Es ist jedoch nicht erforderlich, dass die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dauerhaft besteht.

2.1.2.9.2 Art der Leistung

Die Durchführung folgender Grundpflege:

- Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
- An- und Auskleiden,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten und
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Die Grundpflege wird insgesamt täglich bis zu drei Stunden durchgeführt.

2.1.2.9.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Pflegepersonal.

2.1.2.10 Hausmeisterdienst

2.1.2.10.1 Art der Leistung

Wir übernehmen die Erfüllung von Reinigungspflichten und von Räum- und Streupflichten, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung der selbst genutzten Wohneinheit obliegen.

2.1.2.10.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

Wir übernehmen die Kosten auch während eines stationären Krankenhausaufenthalts der versicherten Person.

2.1.2.11 Garten-/Pflanzenpflege

2.1.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Garten war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

2.1.2.11.2 Art der Leistung

Wir übernehmen die Versorgung des Gartens an der selbst genutzten Wohneinheit. Dies wird einmal wöchentlich bis zu drei Stunden im üblichen Umfang durchgeführt.

Beispiel:

- Rasen mähen
- Laub entfernen
- Pflanzen im Garten und innerhalb des Wohnraums wässern

2.1.2.11.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

Anfallende Gebühren (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.

2.1.2.12 Pflegeschulung für Angehörige

2.1.2.12.1 Art der Leistung

Wir übernehmen die Schulung des pflegenden Angehörigen über die täglichen Pflegeleistungen.

Diese Schulung erfolgt

- für bis zu zwei Personen und
- innerhalb von zwölf Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

2.1.2.12.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für das Schulungspersonal.

2.1.2.13 Haustierversorgung

2.1.2.13.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt nicht mehr in der Lage ihre Haustiere zu versorgen.

2.1.2.13.2 Art der Leistung

Wir organisieren die Unterbringung der Haustiere in einer Tierbetreuungsstätte.

Wir übernehmen keine Transportkosten oder Kosten für die Unterbringung.

2.1.2.14 Pflegeplatzgarantie

2.1.2.14.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erfüllt unfallbedingt die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch.

2.1.2.14.2 Art der Leistung

Wir vermitteln einen Pflegeplatz in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland

- innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung,
- spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages,
- es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet.

Es wird möglichst ein wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt. Ein Anspruch auf diesen wohnortnahen Pflegeplatz besteht nicht.

2.1.2.15 Fahrtkosten zum Physiotherapeuten

2.1.2.15.1 Art der Leistung

Wir übernehmen die Beförderung zum Physiotherapeuten bis zu zweimal wöchentlich im Umkreis bis zu 50 km vom ständigen Wohnsitz.

2.1.2.15.2 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Fahrtkosten für Hin- und Rückfahrt.

2.1.2.16 Nachbarschaftshilfe

2.1.2.16.1 Voraussetzungen für alle Leistungen

Die versicherte Person ist

- hilfsbedürftig und
- wird durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern-/Schwiegereltern, Geschwister, Kinder oder Nachbarn unterstützt.

Hilfsbedürftigkeit besteht, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

Sie müssen die Hilfsbedürftigkeit durch die Vorlage eines ärztlichen Attests nachweisen.

Kein Anspruch auf Nachbarschaftshilfe besteht, wenn ein Leistungsanspruch in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ab Pflegegrad 2 anerkannt ist. Laufende Nachbarschaftshilfe endet zum Zeitpunkt der Anerkennung.

2.1.2.16.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen für die Nachbarschaftshilfe

- pro angefangene Kalenderwoche 140 EUR,
- für bis zu sechs Wochen.
- auch im Anschluss an eine unfallbedingte Heilbehandlung.

Ausnahme:

Nimmt die versicherte Person

- vom Unfalltag an gerechnet oder im Anschluss an eine unfallbedingte stationäre Behandlung in den ersten sechs Wochen
- Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2.3 bis 2.1.2.15 in Anspruch,
- wird die Leistung aus dieser Nachbarschaftshilfe um jede Kalenderwoche gekürzt, in der Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2.3 bis 2.1.2.15 geleistet werden.

- 2.1.3 Reha-Management**
- 2.1.3.1 Beratungsleistungen**
- 2.1.3.1.1 Voraussetzungen für alle Beratungsleistungen**
- Bei dem Unfall erlitt die versicherte Person nach fachärztlicher Einschätzung voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 20 Prozent
- oder
- befand sich unfallbedingt für mindestens zehn Tage im Krankenhaus
- oder
- erlitt eine der folgenden Verletzungen:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
 - Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
 - Vollständige Erblindung auf einem Auge
 - Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ
- Die Voraussetzungen sind durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen.
- 2.1.3.1.2 Art der Beratungsleistungen**
- 2.1.3.1.2.1 Medizinische Beratung**
- Bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Invalidität nach Ziffer 2.2.1. erfolgt eine persönliche Reha-Beratung, bei der mit dem Verletzten die derzeitige medizinische Rehabilitation abgestimmt wird. Unter Berücksichtigung der Versicherungssituation des Verletzten werden Möglichkeiten der Optimierung besprochen und ggf. unter Einbeziehung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.
- 2.1.3.1.2.2 Pflegeberatung**
- Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass die Voraussetzungen eines Pflegegrades nach dem Sozialgesetzbuch gegeben sind, wird schon während der Rehabilitationsmaßnahme mit den Ärzten die optimale Pflege zu Hause oder in einer geeigneten Einrichtung abgestimmt.
- 2.1.3.1.2.3 Wohnungsberatung**
- Ist infolge des Unfalls die dauernde Nutzung der bisherigen ständig bewohnten Wohnung nicht mehr möglich, berät der Reha-Berater vor Ort über den behindertengerechten Umbau oder unterstützt bei der Suche nach einem behindertengerechten Objekt.
- 2.1.3.1.2.4 Mobilitätsberatung**
- Zur Erhaltung der Mobilität erhält der Verletzte bei Bedarf eine Beratung über den behindertengerechten Umbau seines Kraftfahrzeuges. Auf Wunsch wird eine entsprechende Fachfirma vermittelt.
- 2.1.3.1.2.5 Hilfsmittelberatung**
- Mit dem Verletzten, den Ärzten und Therapeuten wird ein Konzept zur Hilfsmittelversorgung entwickelt, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird.
- 2.1.3.1.3 Dauer der Beratungsleistungen**
- Der Anspruch auf Reha-Management endet spätestens drei Jahre nach dem Unfall der versicherten Person.
- 2.1.3.1.4 Höhe der Leistung**
- Wir übernehmen die Kosten für Beratungsleistungen im Reha-Management.
- 2.1.3.2 Rehabilitations- und Fitnessmaßnahmen**
- 2.1.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- Bei dem Unfall erlitt die versicherte Person nach fachärztlicher Einschätzung voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 20 Prozent
- oder
- befand sich unfallbedingt für mindestens zehn Tage im Krankenhaus
- oder
- erlitt eine der folgenden Verletzungen:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
 - Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
 - Vollständige Erblindung auf einem Auge
 - Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ
- Die Reha- oder Fitnessmaßnahmen wurden
- durch einen Facharzt verordnet oder
 - durch unseren Reha-Manager empfohlen und
 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall durchgeführt.
 - Ein anderer Kostenträger (z. B. Rentenversicherer) tritt für diese Kosten nicht ein. Leistet ein anderer Kostenträger nur einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet.
- Rehamaßnahmen müssen mit dem Ziel durchgeführt werden, die körperlichen Funktionen wiederherzustellen beziehungsweise die individuell größtmögliche Selbstständigkeit zu fördern.
- 2.1.3.2.2 Art und Höhe der Leistung**
- Wir erstatten die Kosten für
- Rehabilitationsmaßnahmen,
 - maximal zwölf Monatsbeiträge für eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio,
 - bis zu 20 Stunden bei einem Physiotherapeuten,
 - bis zu 20 Stunden bei einem lizenzierten Personal-Trainer,
 - die Teilnahme an einem Gesundheitskurs
- bis zu insgesamt 5.000 EUR.

2.1.3.3 Umbau- und Umschulungsmaßnahmen

2.1.3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Bedingungen für die Invaliditätsleistung (Ziffern 2.2.1.1 und 2.2.1.2.2).

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.2.1.2.3.

Nach Abschluss der Umbau- oder Umschulungsmaßnahmen, sind die jeweiligen Originalrechnungen einzureichen.

2.1.3.3.2 Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für Umbau- und Umschulungsmaßnahmen bis zu 5.000 EUR.

2.1.3.4 Medizinische Hilfsmittel

2.1.3.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,

medizinische Hilfsmittel angeschafft.

Als medizinische Hilfsmittel gelten

- Gliedmaßen-Prothesen,
- Rollstühle,
- Krankenfahrstühle,
- Treppenlifte oder
- Badewannenlifte.

Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.1.3.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Beihilfe bis zu 5.000 EUR, sofern nicht ein Dritter (z. B. Krankenkasse) für diese Kosten eintritt.

2.1.4 Familien-Management (sofern vereinbart)

Die Leistungen des Familien-Managements ergänzen die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 und können daher nur zusammen mit den Hilfeleistungen vereinbart werden.

Familien-Management erlischt ohne besondere Kündigung, wenn die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 nicht mehr Vertragsbestandteil sind.

2.1.4.1 Voraussetzungen für alle Leistungen im Familien-Management

Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bei der Betreuung und Versorgung der Kinder/Eltern/Schwiegereltern der Hilfe bedarf.

Betreut und versorgt werden alle im Haushalt lebenden

- minderjährigen leiblichen Kinder,
- minderjährigen Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder,
- behinderten Kinder über 18 Jahre,
- Eltern oder Schwiegereltern,

die bei den gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe der Eltern bzw. Kinder angewiesen sind, jedoch keiner Grundpflege bedürfen.

2.1.4.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistung innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall längstens für zwölf Wochen.

2.1.4.3 Mobilitätsleistung

2.1.4.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage die übliche Mobilität der betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) zu gewährleisten.

2.1.4.3.2 Art der Leistung

Die Kinder/Eltern/Schwiegereltern werden zu folgenden Terminen gebracht und wieder abgeholt:

- Fahrten der Kinder zum Kindergarten/-hort, zur Schule oder zu sonstigen Unterrichtsstunden.
- Fahrten der betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) zu Arztterminen oder zum Verein im Umkreis bis zu 25 km vom ständigen Wohnsitz.

2.1.4.3.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person einschließlich Fahrtkosten.

2.1.4.4 Betreuung

2.1.4.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, die Betreuung zu übernehmen.

2.1.4.4.2 Art und Dauer der Leistung

Die Betreuung der in Ziffer 2.1.4.1 genannten Personen bei gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Die Leistung ist auf längstens zehn Stunden am Tag begrenzt.

In den ersten beiden Tagen nach dem Unfall kann auch eine 24-Stunden-Betreuung stattfinden.

2.1.4.4.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die mit dieser Leistung betrauten Person.

2.1.4.5 Mahlzeitservice

2.1.4.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, den betreuten Personen (Ziffer 2.1.4.1) täglich eine warme Mahlzeit zuzubereiten.

2.1.4.5.2 Art der Leistung

Pro Tag und betreute Person (Ziffer 2.1.4.1) wird eine Hauptmahlzeit angeliefert. Die Mahlzeiten werden täglich warm oder jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.

Einrichtungen zum Tiefkühlen oder Erhitzen der Mahlzeiten gehören nicht zum Lieferumfang.

2.1.4.5.3 Höhe der Leistung

Wir tragen die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung.

2.2 Geldleistungen

2.2.1 Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

2.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1.1 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 des Zustandes nicht zu erwarten ist.

Beispiel:

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

2.2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Facharzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf 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.

2.2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

Wir zahlen in diesem Fall eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.1.2.1 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 Prozent zahlen wir 20.000 EUR.

Hat sich der Unfall nach Vollendung des 68. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erbringen wir eine Invaliditätsleistung erst ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent. Wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent erreicht, besteht der Anspruch auch für den darunter liegenden Anteil.

2.2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Organe dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist.

2.2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Organe gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	80 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Hand	70 Prozent
Daumen	25 Prozent
Zeigefinger	15 Prozent

anderer Finger	10 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	60 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 Prozent
Fuß	50 Prozent
große Zehe	10 Prozent
andere Zehe	5 Prozent
Auge	55 Prozent
Gehör auf einem Ohr	40 Prozent
Geruchssinn	15 Prozent
Geschmackssinn	15 Prozent
Stimme	100 Prozent
Niere	20 Prozent
Milz	10 Prozent

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

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 Prozent (= ein Zehntel von 80 Prozent).

2.2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Organe 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.

2.2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Organe schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.2.1.2.2.1 und Ziffer 2.2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

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

2.2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Organe

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

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:

Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2.2 Unfall-Rente (sofern vereinbart)

2.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.2.1.1 und 2.2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.2.1.2.3.

2.2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente

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

Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.2.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

2.2.3 Verbesserte Unfall-Rente (sofern vereinbart)

2.2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Unfall-Rente nach Ziffer 2.2.2.1 sind gegeben.

2.2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Hat der Unfall zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent geführt, zahlen wir die verbesserte Unfall-Rente in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Unfall-Rente

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

Wir zahlen die verbesserte Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.2.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Ergibt eine Neubemessung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 9.2.4, dass der Invaliditätsgrad unter 70 Prozent gesunken ist, entfällt die Verdopplung der verbesserten Unfall-Rente.

Sofern sich der Unfall vor Ablauf des Versicherungsjahres ereignete, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, zahlen wir die verbesserte Unfall-Rente auch nach deren Tod weiter, bis zu sechs Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzu-

fordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

2.2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.4.1.1 Unmittelbare Schwerverletzung nach Unfallereignis

Die versicherte Person hat eine der folgenden Schwerverletzungen als unmittelbare Folge eines Unfalls erlitten. Unmittelbar bedeutet, die Gesundheitsschädigung ist als eine direkte Folge des Unfalls entstanden.

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
- Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
- Vollständige Erblindung auf einem Auge
- Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ

2.2.4.1.2 Kein Unfalltod innerhalb von 48 Stunden

Die versicherte Person ist nicht nach dem Unfall

- innerhalb von 48 Stunden
- infolge des Unfalles gestorben.

2.2.4.1.3 Geltendmachung der Sofortleistung

Sie müssen die Gesundheitsschädigung innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, fachärztlichen Bericht geltend machen. Geltend machen heißt: Sie legen uns den fachärztlichen Bericht vor, aus dem die Schwerverletzungen zu entnehmen sind.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Sofortleistung 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.

2.2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme als Einmalzahlung.
- für die versicherte Person nur einmal, auch wenn für sie mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.5 Todesfall-Leistung (sofern vereinbart)

2.2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
- im zweiten Jahr nach dem Unfall an den Unfallfolgen und wir bezahlen keine Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.2.1.

Beachten Sie die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.9.

2.2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.6 Verbessertes Krankenhaustagegeld (sofern vereinbart)

2.2.6.1 Krankenhaustagegeld bei unfallbedingt vollstationären Aufenthalten

2.2.6.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in

- medizinisch notwendiger,
- vollstationärer Heilbehandlung

oder in einer an den ersten Krankenhausaufenthalt

- anschließenden, vollstationären Anschlussheilbehandlung

oder

- anschließenden, berufsgenossenschaftlich stationären Weiterbehandlung.

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

Ebenfalls erbringen wir diese Leistung, wenn die versicherte Person in

- medizinisch notwendiger
- vollstationärer Heilbehandlung
- in einem Institut für Heilbehandlungen und Rehabilitation (sogenannte gemischte Institute) wegen
- einer Notfalleinweisung oder
- weil das Institut das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person ist.

2.2.6.1.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung,

- längstens für vier Jahre ab dem Tag des Unfalls,
- mindestens für drei Tage.

Sollte sich die versicherte Person wegen des Unfalls in ambulanter Krankenhausbehandlung von mindestens sechs Stunden befinden, eine vollstationäre Heilbehandlung aber medizinisch nicht nötig sein, zahlen wir das Krankenhaustagegeld für drei Tage in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.6.2 Zusätzliches Krankenhaustagegeld im Ausland

2.2.6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist wegen eines Unfalls im Ausland in

- medizinisch notwendiger
- vollstationärer Heilbehandlung
- in einem Krankenhaus im Ausland.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.

2.2.6.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung im Ausland,
- längstens für 21 Tage ab dem Tag des Unfalls,
- zusätzlich zum Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.6.1.

2.2.6.3 Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen

2.2.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich unfallbedingt

- innerhalb von vier Jahren ab dem Tag des Unfalls
- einer ausschließlich wegen Unfallfolgen,
- medizinisch notwendigen,
- ambulanten chirurgischen Operation, welche
- anstelle einer an sich üblichen, vollstationären Behandlung,
- unter Narkose durchgeführt wird und
- nicht einzig wegen Hautverletzungen erfolgt.

Sie müssen die zuvor genannten Voraussetzungen durch einen Facharztbericht schriftlich feststellen lassen.

2.2.6.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für sechs Tage.

2.2.6.4 Krankenhaustagegeld bei teilstationärer oder ambulanter Rehabilitation

2.2.6.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person führt unfallbedingt

- wegen der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von vier Jahren ab dem Tag des Unfalls,
- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung,
- eine medizinisch notwendige,
- teilstationäre oder ambulante Rehabilitation,
- mit den vorgesehenen ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen,
- ohne Übernachtungen,
- im Klinikum oder in einer gleichgestellten Einrichtung durch.

2.2.6.4.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen pro Tag je teilstationärer oder ambulanter Rehabilitation das vereinbarte Krankenhaustagegeld für maximal zehn Tage.

2.2.7 Kurzzeitpflegebeihilfe

2.2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich wegen eines unter den Vertrag fallenden Unfalles, innerhalb von zwölf Monaten vom Unfalltag an gerechnet, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befunden. Nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung gelten Kuren, sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen.

Die versicherte Person hat sich nach dieser vollstationären Heilbehandlung in eine geeignete Pflegeeinrichtung zur vorübergehenden vollstationären Pflege begeben (Kurzzeitpflege). Ein Krankenhaus, eine Gastfamilie oder eine Pflege zu Hause gilt nicht als geeignete Pflegeeinrichtung.

Eine Pflegeeinstufung durch die soziale oder private Pflegeversicherung ist noch nicht erfolgt.

Die Kurzzeitpflege erfolgt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

2.2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten bei einer vorübergehenden Pflege von mindestens

- vier Wochen die vereinbarte oder
 - sechs Wochen die eineinhalbfache oder
 - acht Wochen die zweifache
- Versicherungssumme.

Die Kurzzeitpflegebeihilfe wird nur einmal je Unfall gezahlt.

<p>2.2.8 Pflegegeld</p> <p>2.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung</p> <p>Die versicherte Person bezieht mindestens eine Hilfeleistung nach Ziffer 2.1.2.3 bis 2.1.2.15 oder die Nachbarschaftshilfe nach Ziffer 2.1.2.16.</p> <p>2.2.8.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung</p> <p>Solange die versicherte Person die Voraussetzung nach Ziffer 2.2.8.1 erfüllt, leisten wir</p> <ul style="list-style-type: none"> – je angefangene Kalenderwoche, – in der eine Hilfeleistung bezogen wird, <p>ein wöchentliches Pflegegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.</p> <p>Wir zahlen das Pflegegeld längstens für zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Die Abrechnung der Leistung erfolgt alle vier Wochen.</p> <p>2.2.9 Pflegeausfallgeld</p> <p>2.2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung</p> <p>Die versicherte Person bezieht ein Pflegegeld nach Ziffer 2.2.8. Die versicherte Person hat vor Eintritt des Unfalles einen Ehe-, Lebenspartner oder Verwandten ersten Grades, der mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt, in häuslicher Pflege betreut. Der Angehörige war bereits vor dem Unfall der versicherten Person in einem Pflegegrad der sozialen oder privaten Pflegeversicherung eingestuft. Durch den Unfall ist die versicherte Person nicht mehr in der Lage, die Betreuungsleistung fortzusetzen.</p> <p>2.2.9.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung</p> <p>Solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 2.2.9.1 erfüllt, leisten wir</p> <ul style="list-style-type: none"> – je angefangene Kalenderwoche, – in der eine Pflegeleistung bezogen wird, <p>ein wöchentliches Pflegeausfallgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für das Pflegegeld.</p> <p>Wir zahlen das Pflegeausfallgeld längstens für zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Die Abrechnung der Leistung erfolgt alle vier Wochen.</p> <p>2.2.10 Kosten für kosmetische Operationen</p> <p>2.2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung</p> <p>Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.</p> <p>Laserbehandlungen von Narben sind auch kosmetische Operationen, nicht jedoch Zahnbehandlung und Zahnersatz.</p> <p>Die kosmetische Operation erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> – durch einen Facharzt, – nach Abschluss der Heilbehandlung und – innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall. <p>Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.</p> <p>2.2.10.2 Art und Höhe der Leistung</p> <p>Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene</p> <ul style="list-style-type: none"> – Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie – notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, – nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen, – bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. 	<p>2.2.11 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten</p> <p>2.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung</p> <p>Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung oder – Zahnersatz <p>entstanden.</p> <p>Sie müssen die Kosten durch Vorlage der Rechnung des Arztes nachweisen.</p> <p>Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Kranken-, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.</p> <p>2.2.11.2 Höhe der Leistung</p> <p>Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu 5.000 EUR.</p> <p>2.2.12 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie für zusätzliche Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz</p> <p>2.2.12.1 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze</p> <p>2.2.12.1.1 Voraussetzung für die Leistung</p> <p>Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder – den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik <p>entstanden.</p> <p>Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.</p> <p>Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.</p> <p>2.2.12.1.2 Art und Höhe der Leistung</p> <p>Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> – insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, – nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen. <p>2.2.12.2 Zusätzliche Kosten für Übernachtungen und Rückkehr zum Wohnsitz</p> <p>2.2.12.2.1 Voraussetzung für die Leistung</p> <p>Der versicherten Person sind unfallbedingt Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – den ärztlich angeordneten oder – nach der Verletzungsart unvermeidbaren Mehraufwand bei der Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz entstanden. <p>Die versicherte Person muss im unfallbedingten Todesfall zu ihrem letzten, ständigen Wohnsitz überführt werden.</p> <p>Den mitreisenden Kindern, Eltern-/Schwiegereltern und dem mitreisenden Ehe- oder Lebenspartner sind zusätzliche Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernachtungen oder – Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz <p>wegen eines Unfalls der versicherten Person entstanden, welcher sich im Ausland ereignete. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.</p>
---	--

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

2.2.12.2.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten

- der versicherten Person
 - für die Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz oder
 - für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall,
- der mitreisenden Kinder, der Eltern-/Schwiegereltern und des Ehe- oder Lebenspartners der versicherten Person
 - für die Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz oder
 - für die Unterbringung von bis zu 14 Tagen,
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
- nur aus einem Versicherungsvertrag, falls für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der Württembergischen bestehen.

2.2.12.3 **Notfallservice**

2.2.12.3.1 **Voraussetzung für die Leistung**

Nach einem Unfall der versicherten Person sind die folgenden Maßnahmen ärztlich angeordnet oder nach der Verletzungsart unvermeidbar.

2.2.12.3.2 **Art der Leistung**

Wir organisieren

- die Verlegung der versicherten Person vom Krankenhaus zur Spezialklinik
- die Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz.

Bei einem Unfall im Ausland organisieren wir zusätzlich

- den medizinisch notwendigen Rücktransport in ein geeignetes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Dazu setzen wir uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und klären die Verletzungsfolgen und den geplanten Heilungsverlauf.
- die gegebenenfalls notwendige Heimfahrt oder Unterbringung für die mitreisenden Kinder, Eltern-/Schwiegereltern und den Ehe- oder Lebenspartner bis zu 14 Übernachtungen.
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

Die Ihnen entstehenden Mehrkosten tragen wir im Rahmen der Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

2.2.12.4 **Übernahme von Druckammerkosten**

2.2.12.4.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt beim außerberuflichen Tauchen eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II.

2.2.12.4.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten (z. B. Krankenkasse) übernommene Kosten für die Druckammerbehandlung bis zur Höhe von 5.000 EUR.

2.3 **Garantien**

2.3.1 **Update-Garantie**

2.3.1.1

Bieten wir neue Bedingungen mit abweichenden Regelungen zum versicherten Leistungsumfang an, so gelten mit Datum ihrer Einführung jeweils die für Sie günstigeren Regelungen.

2.3.1.2

Die Leistungsverbesserungen nach Ziffer 2.3.1.1 gelten für die Dauer von fünf Jahren ab der erstmaligen Vereinbarung der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Danach gelten wieder die ursprünglich vereinbarten Leistungen.

2.4

2.4.1

2.4.1.1

Vorsorgeschutz

Allgemeine Vorsorge

Wer ist versichert?

Wir bieten vorläufigen Versicherungsschutz (Vorsorgeschutz) für Ihre während der Dauer des Vertrags

- geborenen Kinder,
- hinzukommende Adoptivkinder,
- hinzukommende Pflegekinder,
- hinzukommende Stiefkinder,
- hinzukommenden Ehepartner.

Der Vorsorgeschutz gilt nicht

- für dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach Ziffer 4,
- für Personen, für die bereits eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft besteht.

2.4.1.2

In welchem Umfang besteht Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für die Dauer von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt

- der Geburt für das hinzukommende Kind,
- des Wirksamwerdens der Adoption für das Adoptivkind,
- der Aufnahme des Pflege-/Stiefkindes,
- der Heirat für den hinzukommenden Ehepartner.

Die Versicherungssummen betragen:

- 100.000 EUR Invaliditätsleistung
- 300.000 EUR Vollinvalidität
- 5.000 EUR Todesfall-Leistung
- 10 EUR verbessertes Krankenhaustagegeld
- 5.000 EUR Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- 50.000 EUR Kosten für kosmetische Operationen
- 50.000 EUR Bergungskosten

Vorsorgeschutz besteht auch für Beratungsleistungen im Reha-Management.

Sie sollten uns jede neue hinzukommende Person innerhalb von zwölf Monaten melden.

Der Vorsorgeschutz besteht ausschließlich im Rahmen der AUBH Komfort 2021 und der Besonderen Bedingungen Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2021 – 300 Prozent). Andere in diesem Vertrag vereinbarte Leistungen und Bedingungen finden auf den Vorsorgeschutz keine Anwendung.

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die für den Vorsorgeschutz vereinbarten Versicherungssummen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Dynamik nicht teil.

Endet der bestehende Vertrag vor Ablauf dieser zwölf Monate, besteht der Vorsorgeschutz längstens bis zum Ende des Vertrags.

3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1

Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele:

Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

3.2

Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfall-Leistung und dem verbesserten Krankenhaustagegeld die Leistung selbst.

Beispiel:

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

Wir nehmen keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent beträgt.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Wir können die versicherte Person nicht weiter versichern, wenn diese

- dauerhaft schwer- oder schwerstpflegebedürftig im Sinne der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ist und
- ein Pflegegrad 3, 4 oder 5

festgestellt wurde.

Die Nichtversicherbarkeit gilt auch, wenn Sie uns diesen Umstand nicht mitteilen und weiterhin Beiträge für Ihre Unfallversicherung entrichten.

Ab Pflegegrad 2 wird der Vertrag als Unfallversicherung ohne Hilfeleistungen und Familien-Management (sofern vereinbart) fortgeführt. Der Beitrag verringert sich entsprechend.

4.2 Folgen der Nichtversicherbarkeit, Vertragsende

Sie erhalten keine Leistung mehr aus Ihrer Unfallversicherung, sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist (Ziffer 4.1). Gleichzeitig endet die Versicherung für die versicherte Person.

4.3 Beitragserstattung

Wir zahlen den für nicht versicherbare Personen entrichteten Beitrag ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Bewusstseinsstörungen sowie Krampfanfälle

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch 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 verursacht durch

- ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- Herzinfarkt oder Schlaganfall,
- Zuckerschok,
- einen epileptischen Anfall,
- Medikamenteneinnahme,

- Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,1 Promille beträgt. Bei allen sonstigen Fällen, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 2,0 Promille beträgt.

Die eigentlichen Gesundheitsschädigungen des Schlaganfalls, Herzinfarkts, Zuckerschocks, epileptischen Anfalls, Medikamentenmissbrauchs oder Alkoholkonsums sind nicht mitversichert.

5.1.2 Straftaten

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

5.1.3 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

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

5.1.4 Aktives Fliegen

Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel:

Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs

Beispiel:

Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

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

Beispiel:

Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

5.1.5 Rennen mit Motorfahrzeugen

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

Unfälle bei der Beteiligung an Motorsportveranstaltungen sind mitversichert, wenn es sich um

- genehmigte Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen handelt,
- bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt,

- sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

Beispiel:

Das Fahren mit Leihkarts auf einer Kartenanlage.

Weiterhin besteht Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

5.1.6 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Bestimmte Gesundheitsschäden

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Ausnahme:

Die versicherte Person erleidet Gesundheitsschäden durch Laser-, Maser-, Röntgenstrahlen, ultraviolette Strahlen sowie energiereiche Strahlen bis 100 Elektrovolt.

Diese Ausnahme gilt nicht, wenn die Gesundheitsschäden

- eine Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten oder
- eine Folge von Berufskrankheiten sind oder
- durch strahlendiagnostische oder therapeutische Heilmaßnahmen oder Eingriffe

am Körper der versicherten Person entstanden sind.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person

Ausnahme:

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

Beispiel:

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

5.2.4 Infektionen

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf,
- mit Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) durch Zecken- oder Insektenstich,
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

– durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3),

- in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit und die Krankheitserreger sind durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung, Unfall-Rente, verbesserte Unfall-Rente und Todesfall-Leistung ebenfalls versichert:

- Chikungunja-Fieber,
- Dengue-Fieber,
- Japanische Enzephalitis,
- Rückfallfieber,
- Fleckfieber,
- Gelbfieber,
- Malaria tropica,
- Schlafkrankheit (Tse-Tse-Krankheit).

Mitversichert ist auch

- die Infektion durch einen der vorgenannten Erreger nach vorheriger Schutzimpfung. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Die Infektionen und Impfschäden sind durch einen fachärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, durch Sie nachzuweisen. Die genannten Fristen der Leistungsarten beginnen mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen

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

Ausnahme:

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel (keine Alkoholvergiftungen)

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

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

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beibruch durch einen Verkehrsunfall,
- Angstzustände des Opfers einer Straftat.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht für die Folgen nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall entstehen, wenn diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder

- neu entstandene Epilepsie

zurückzuführen sind.

5.2.7 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.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (siehe Seite zwei – Was Sie über Ihre Unfallversicherung wissen sollten).

6.1.1 Mitteilung der Änderung

Bitte teilen Sie uns eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten ab dem Änderungszeitpunkt mit. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen

und freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwölf Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese ab dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Die Leistungsarten Sofortleistung bei Schwerverletzungen, Kosten für kosmetische Operationen sowie Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sind von der Kürzung bzw. Erhöhung nicht betroffen.

Wenn Sie es wünschen, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei einem erhöhten oder gesenkten Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Fristen und Obliegenheiten)

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt. Beachten Sie insbesondere die folgenden Fristen:

- Invaliditätsleistung (Ziffer 2.2.1.1.2)
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.2.4.1.2)
- Kurzzeitpflegebeihilfe (Ziffer 2.2.7.1)
- Kosten für Kosmetische Operationen (Ziffer 2.2.10.1)

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

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unverzüglich unterrichten.

Bei geringfügigen Verletzungen, bei denen Sie zunächst davon ausgehen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, werten wir es jedoch nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn Sie einen Arzt erst dann hinzuziehen, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.

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

7.3 Vermitteln wir eine Leistung an Dienstleister, müssen Sie oder die versicherte Person auch diesen gegenüber Auskünfte und Einverständniserklärungen im Zusammenhang mit zu bringenden Assistance-Leistungen abgeben.

7.4 Sie und die versicherte Person sind damit einverstanden, dass wir im erforderlichen Umfang Daten an Dienstleister im Rahmen der Vertragsdurchführung übermitteln. Dazu gehören auch Angaben zum Gesundheitszustand und dem persönlichen Umfeld.

7.5 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

7.6 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.7 Sie oder die versicherte Person müssen beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich einen Antrag auf Leistungen stellen, wenn sich nach einem Unfall eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen oder privaten Pflegeversicherung ergibt. Sie sind verpflichtet, uns die Anerkennung oder Ablehnung eines Pflegegrades unverzüglich zu melden.

7.8 Sie oder die versicherte Person müssen uns über den Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend informieren, falls wir oder der beauftragte Dienstleister Sie bei Beginn unserer Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1) darum bitten.

Während wir oder der beauftragte Dienstleister Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1) erbringen, sind uns Änderungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

7.9 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Blutprobe und/oder eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen haben das Nichteinhalten von Fristen und die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

8.1 Fristversäumnis

Ihr Leistungsanspruch entfällt, wenn die Fristen zur Geltendmachung von Leistungen nicht eingehalten werden. Es ist unerheblich, ob Sie dabei ein Verschulden trifft. Soweit Ausnahmen bestehen, sind diese in den Voraussetzungen für die Leistungen genannt.

8.2 Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

- 9.1 Assistance-Leistungen (Ziffer 2.1)**
- 9.1.1 Erklärung über die Leistungspflicht**
Sobald wir den individuellen Bedarf der versicherten Person an Hilfeleistungen, an Leistungen im Reha-Management oder im Familien-Management feststellen konnten, erklären wir unverzüglich, wann wir welche Leistungen erbringen werden.
- 9.2 Geldleistungen (Ziffer 2.2)**
- 9.2.1 Erklärung über die Leistungspflicht**
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Abweichend hiervon beträgt die Frist bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
– Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
Beachten Sie dabei die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.
Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, in voller Höhe.
- 9.2.2 Fälligkeit der Leistung**
Wenn wir den Anspruch anerkennen oder uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.2.3 Vorschüsse**
Wir zahlen – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse, wenn die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach feststeht.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein Vorschuss beantragt werden. Die Vorschussleistung ist in diesem Fall auf 50 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal 30.000 EUR, begrenzt.
Beispiel:
Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.
- 9.2.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades**
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben.
Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu.
– Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
– Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies drei Monate vor Ablauf der Frist mitteilen.
Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit zwei Prozent jährlich zu verzinsen.
- Die Versicherungsdauer**
- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags**
- 10.2.1 Vertragsdauer**
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

- 10.2.2 Stillschweigende Verlängerung**
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Sie als auch wir können in Textform kündigen. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragsdauer zugehen.
- 10.2.3 Vertragsbeendigung**
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitraum, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von drei oder mehr Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall**
Sie oder wir können den Vertrag in Textform kündigen, wenn
– wir erstmals eine Leistung erbracht haben oder
– wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfall-Rente gezahlt haben oder
– 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.
- 10.4 Versicherungsjahr**
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.
Ausnahme:
Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.
Beispiel:
Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.
- Der Versicherungsbeitrag**
- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer**
- 11.1.1 Beitragszahlung**
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,
– Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
– Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
– Jahresbeiträgen ein Jahr.
- 11.1.2 Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung – Erster Beitrag**
- 11.2.1 Fälligkeit der Zahlung**
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
 Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.
 Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 11.2.3 Rücktritt**
 Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung – Folgebeitrag**
- 11.3.1 Fälligkeit der Zahlung**
 Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 11.3.2 Verzug**
 Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.
 Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
 Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).
- 11.3.3 Zahlungsfrist**
 Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
 Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
 - die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
 Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
 - können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
- Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**
 Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
 Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.
- Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.
 Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
 Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.
- 12 Wie ist der Beitrag kalkuliert und in welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfeleistungen oder das Familien-Management neu festgesetzt werden?**
- 12.1 Beitragskalkulation**
 Der Gesamtbeitrag für Ihre Unfallversicherung errechnet sich aus der Summe der Beiträge für die vertraglich vereinbarten Leistungen.
 Die Kalkulation der Beiträge berücksichtigt
- den erwarteten Bedarf für Schadenaufwendungen,
 - die Kosten für Vertrieb, Verwaltung und Rückversicherung sowie
 - einen Gewinn.
- In dieser Unfallversicherung errechnet sich der Tarifbeitrag aus der Addition der Beiträge für die Geld- und Assistance-Leistungen (Hilfeleistungen, Reha-Management, Familien-Management). Die Beiträge für die Geld- und Assistance-Leistungen sind kalkuliert unter Berücksichtigung des erwarteten Schadenbedarfs, der Kosten für Vertrieb, Verwaltung, Rückversicherung sowie des Gewinnansatzes.
 Eine Beitragsanpassung beschränkt sich auf den Beitrag für die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.1.2 und für das Familien-Management nach Ziffer 2.1.4.
- 12.2 Beitragsanpassung für die Hilfeleistungen und das Familien-Management**
- 12.2.1** Für die Hilfeleistungen (Ziffer 2.1.2) und für das Familien-Management (Ziffer 2.1.4) gilt diese Beitragsanpassung als vereinbart.
- 12.2.2** Wenn sich Ihr Vertrag verlängert (Ziffer 10.2.2), können wir den Tarifbeitrag zu Beginn des Verlängerungszeitraums absenken oder erhöhen.
 Diese Beitragsanpassung berücksichtigt
- den seit der letzten Beitragskalkulation eingetretenen, tatsächlichen Bedarf für Schadenaufwendungen sowie
 - den bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erwarteten Bedarf für Schadenaufwendungen.
- Die Beitragskalkulation erfolgt nach Ziffer 12.1.
 Wir sind berechtigt, für die Anpassung die statistischen Erkenntnisse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zu berücksichtigen und einen unabhängigen Treuhänder mit der Prüfung der Neukalkulation zu beauftragen.
- 12.2.3** Haben Sie Ihre Unfallversicherung für fünf Jahre oder länger abgeschlossen, gilt die Beitragsanpassung (Ziffer 12.2.) für das Ende des fünften und jedes darauf folgende Versicherungsjahr (Ziffer 10.2.2) als vereinbart.
- 12.2.4** Wir werden für den bestehenden Vertrag keinen höheren Beitrag verlangen als für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Versicherungsschutz. Tarifmerkmale sind Merkmale, die für die Berechnung des Beitrags notwendig sind.
 Wir senken den Tarifbeitrag für den bestehenden Vertrag entsprechend dem Tarifbeitrag für neu abzuschließende Verträge, wenn der neuere Tarifbeitrag bei gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Versicherungsschutz niedriger ist.

- 12.2.5 Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Sie hierüber spätestens einen Monat vor Wirksamkeit der Beitragserhöhung informieren.
- Wir werden Sie dann auch darüber informieren, dass Sie Ihren Versicherungsvertrag aufgrund der Beitragserhöhung kündigen können. Sie haben nach Erhalt dieser Mitteilung einen Monat Zeit, uns Ihre Kündigung in Textform zuzustellen. Die Kündigung des Vertrags ist zu dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

13.1 Fremdversicherung

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

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

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

13.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- 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.

14.2 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.

14.2.1 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.

14.2.2 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.

14.2.3 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 11.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

14.3 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 Um-

- stände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.
- Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.
- Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.
- 14.4 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**
- Die Ziffern 14.1 bis 14.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 15.1** Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- 15.2** Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16 Was passiert bei Meinungsverschiedenheiten, wo ist der Gerichtsstand?**
- 16.1** Außergerichtliche alternative Streitbeilegung
- Vor oder anstelle einer Klage können Sie auch die kostenlose alternative Streitbeilegung nutzen. Richten Sie dazu Ihr Anliegen an den
- Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
- Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.versicherungsombudsmann.de
- Bei einer Beschwerde gegen den Vermittler (z. B. Makler oder Vertreter) kann der Ombudsmann einen Schlichtungsvorschlag unterbreiten.
- Beschwerden gegen uns als Versicherer sind zulässig bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 EUR und nur für Ihre privaten Verträge. Der Ombudsmann spricht eine Empfehlung aus, die bis 10.000 EUR für uns bindend ist.
- In jedem Fall steht Ihnen im Anschluss der gesamte Rechtsweg zu den Gerichten offen.
- 16.2** Versicherungsaufsicht
- Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden:
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Tel.: 0228 4108-0; Fax: 0228 4108-1550
- Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.
- 16.3** Gerichtsstand
- Es gilt der gesetzliche Gerichtsstand. Ausnahme: wenn Ihr Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Geschäftssitz
- ins Ausland verlegt wurde oder
 - nicht bekannt ist
- können wir Sie auch vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen.
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?**
- 17.1** 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.
- Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
- Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
- Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 18 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?**
- 18.1 Voraussetzungen**
- Wir sind berechtigt bei
- Änderung bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften, die sich unmittelbar auf einzelne Bestimmungen des Versicherungsvertrags auswirken,
 - den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung,
 - rechtskräftiger Feststellung der Unwirksamkeit einzelner Bedingungen durch ein Gericht,
 - Beanstandung einzelner Bedingungen als mit geltendem Recht nicht vereinbar durch die Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsaktes oder
 - Verstoß einzelner Bedingungen gegen Leitlinien oder Rundschreiben der Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde
- die betroffenen Bedingungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung).
- 18.2 Welche Regelungen können angepasst werden?**
- Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Ihre Obliegenheiten nach Vertragsschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.
- 18.3 Wann ist eine Anpassung zulässig?**
- Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit und der Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.
- Unsere Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen, wenn sich die gerichtlichen

oder behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.

18.4 Wie wird die Anpassung durchgeführt?

Durch die Anpassung darf das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung nicht zu Ihrem Nachteil geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.

18.5 Wer überprüft die Anpassung?

Die Zulässigkeit und Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

18.6 Wie informieren wir Sie über eine Anpassung?

Wir werden Ihnen die angepassten Bedingungen schriftlich mitteilen und erläutern. Die angepassten Bedingungen gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung widersprechen. Hierauf werden wir Sie in der Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung Ihres Widerspruchs.

18.7

Unser Kündigungsrecht bei Ihrem Widerspruch

Wenn Sie fristgemäß widersprechen, tritt die Anpassung nicht in Kraft. Wir können innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines jeden Monats kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

19

Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Aus rechtlichen Gründen weisen wir Sie auf Folgendes hin:

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Teil II

Besondere Bedingungen

Diese Besonderen Bedingungen ändern oder ergänzen je nach Vereinbarung die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen Unfallversicherung mit Hilfeleistungen KomfortSchutz (AUBH Komfort 2021).

Besondere Bedingungen Invaliditätsleistung ohne Franchise (BB Wegfall Franchise 2021)

Die folgende Bestimmung nach Ziffer 2.2.1.2.1 AUBH Komfort 2021 entfällt:

Hat sich der Unfall nach Vollendung des 68. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erbringen wir eine Invaliditätsleistung erst ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent. Wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent erreicht, besteht der Anspruch auch für den darunter liegenden Anteil.

Besondere Bedingungen zusätzliches Krankenhaustagegeld (BB ZusatzKHT 2021)

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und
- hatte einen Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.6.1.1 AUBH Komfort 2021.

2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte zusätzliche Krankenhaustagegeld

- für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld leisten,
- längstens für 200 Tage.

Besondere Bedingungen Mehrleistungen 300 (BB Mehrleistungen 2021 – 300 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUBH Komfort 2021 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUBH Komfort 2021 wird wie folgt ergänzt:

1 Hat sich der Unfall vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, zahlen wir

- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent die doppelte,
- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 80 Prozent die zweieinhalbfache,
- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent die dreifache

Invaliditätsleistung.

2 Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 400.000 EUR beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen Mehrleistungen 500 (BB Mehrleistungen 2021 – 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1. und Ziffer 3 AUBH Komfort 2021 ermittelt.

Ziffer 2.2.1. AUBH Komfort 2021 wird wie folgt ergänzt:

1 Hat sich der Unfall vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, zahlen wir

- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent die doppelte,
- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 80 Prozent die dreifache,
- ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent die fünffache

Invaliditätsleistung.

2 Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 800.000 EUR beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen Progression 300 (BB Progression 2021 – 300 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Progression bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUBH Komfort 2021 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUBH Komfort 2021 wird wie folgt ergänzt:

Hat sich der Unfall vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, zahlen wir

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %
1	1	26	28	51	104	76	204
2	2	27	31	52	108	77	208
3	3	28	34	53	112	78	212
4	4	29	37	54	116	79	216
5	5	30	40	55	120	80	220
6	6	31	43	56	124	81	224
7	7	32	46	57	128	82	228
8	8	33	49	58	132	83	232
9	9	34	52	59	136	84	236
10	10	35	55	60	140	85	240
11	11	36	58	61	144	86	244
12	12	37	61	62	148	87	248
13	13	38	64	63	152	88	252
14	14	39	67	64	156	89	256
15	15	40	70	65	160	90	260
16	16	41	73	66	164	91	264
17	17	42	76	67	168	92	268
18	18	43	79	68	172	93	272
19	19	44	82	69	176	94	276
20	20	45	85	70	180	95	280
21	21	46	88	71	184	96	284
22	22	47	91	72	188	97	288
23	23	48	94	73	192	98	292
24	24	49	97	74	196	99	296
25	25	50	100	75	200	100	300

**Besondere Bedingungen Progression 500
(BB Progression 2021 – 500 Prozent)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Progression bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.2.1 und Ziffer 3 AUBH Komfort 2021 ermittelt.

Ziffer 2.2.1 AUBH Komfort 2021 wird wie folgt ergänzt:

Hat sich der Unfall vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, zahlen wir

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %	Invaliditäts- Grad	Leistung in %
1	1	26	28	51	108	76	308
2	2	27	31	52	116	77	316
3	3	28	34	53	124	78	324
4	4	29	37	54	132	79	332
5	5	30	40	55	140	80	340
6	6	31	43	56	148	81	348
7	7	32	46	57	156	82	356
8	8	33	49	58	164	83	364
9	9	34	52	59	172	84	372
10	10	35	55	60	180	85	380
11	11	36	58	61	188	86	388
12	12	37	61	62	196	87	396
13	13	38	64	63	204	88	404
14	14	39	67	64	212	89	412
15	15	40	70	65	220	90	420
16	16	41	73	66	228	91	428
17	17	42	76	67	236	92	436
18	18	43	79	68	244	93	444
19	19	44	82	69	252	94	452
20	20	45	85	70	260	95	460
21	21	46	88	71	268	96	468
22	22	47	91	72	276	97	476
23	23	48	94	73	284	98	484
24	24	49	97	74	292	99	492
25	25	50	100	75	300	100	500

**Besondere Bedingungen Dynamik
(BB Dynamik 2021 – Modell 9)**

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, Todesfall-Leistung, Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente und verbessertes Krankenhaustagegeld jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch jährlich um fünf Prozent, höchstens aber um acht Prozent. Die Versicherungssummen für andere vereinbarte Leistungsarten werden nicht erhöht.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.

- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf volle 1.000 EUR,
 - für die Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente auf volle 10 EUR,
 - für das verbesserte Krankenhaustagegeld auf volle 1 EUR.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

- 4 Der Beitrag für die angepassten Versicherungssummen erhöht sich entsprechend.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Dynamik für die Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres eingegangen sein und gilt ab dem nächsten Versicherungsjahr.
- 7 Die Dynamik endet, wenn für die versicherte Person eine der folgenden Höchstsummen für eine Leistungsart überschritten ist:

200.000 EUR Invaliditätsleistung
1.500 EUR Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente

**Besondere Bedingungen Dynamik
(BB Dynamik 2021 – Modell 11)**

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, Todesfall-Leistung, Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente und verbessertes Krankenhaustagegeld jeweils um drei Prozent zu Beginn des Versicherungsjahres. Die Versicherungssummen für andere vereinbarte Leistungsarten werden nicht erhöht.

Die Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf volle 1.000 EUR,
 - für die Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente auf volle 10 EUR,
 - für das verbesserte Krankenhaustagegeld auf volle 1 EUR.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Der Beitrag für die angepassten Versicherungssummen erhöht sich entsprechend.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Dynamik für die Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres eingegangen sein und gilt ab dem nächsten Versicherungsjahr.
- 7 Die Dynamik endet, wenn für die versicherte Person eine der folgenden Höchstsummen für eine Leistungsart überschritten ist:

200.000 EUR Invaliditätsleistung
1.500 EUR Unfall-Rente/verbesserte Unfall-Rente

**Besondere Bedingungen Sofort-Schutz
(BB Sofort-Schutz 2021)**

- 1 **Anwendung**
Besteht für Sie zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses für das im Rahmen dieses Vertrags versicherte Risiko bereits Versicherungsschutz bei einem anderen Versicherer (Vorversicherer), findet der nachfolgend beschriebene Sofort-Schutz Anwendung.
- 2 **Wesen**
Der Vertrag des Vorversicherers geht dem bei uns bestehenden Vertrag im Falle eines Schadeneignisses grundsätzlich vor.
Hierbei gilt folgendes vereinbart:
 - 2.1 Die Leistung aus dem Sofort-Schutz berechnet sich nach den Bedingungen und Vereinbarungen dieses Vertrags abzüglich einer Leistung des Vorversicherers.
 - 2.2 Der Versicherungsschutz im Rahmen des Sofort-Schutzes bezieht sich nur auf den Teil des Schadens, der vom Versicherungsumfang der bereits bestehenden Versicherung nicht erfasst wird und/oder diesen der Höhe nach übersteigt.
 - 2.3 Eine beim Vorversicherer bestehende Selbstbeteiligung wird nicht vom Sofort-Schutz erfasst.

2.4 Eine Aufhebung der bestehenden Vorversicherung oder eine Minderung ihres Leistungsumfanges nach Beantragung dieses Vertrags bewirkt vorbehaltlich der Regelung in Ziffer 4 keine Erhöhung des Sofort-Schutzes dieses Vertrags.

2.5 Eine Leistung im Rahmen des Sofort-Schutzes kann insoweit nicht beansprucht werden, als der Vorversicherer wegen Pflicht- (z. B. Beitragsverzug) bzw. Obliegenheitsverletzungen von der Verpflichtung zur Leistung frei ist.

3 Obliegenheiten

Sie sind verpflichtet, auf Anforderung alle Unterlagen und Nachträge zur bestehenden Vorversicherung einzureichen.

Dazu gehören im Versicherungsfall auch die Schadenabrechnungen des Vorversicherers.

Änderungen der Vorversicherung, die nach der Beantragung dieses Vertrags vorgenommen werden, sind uns unverzüglich anzuzeigen.

4 Ende

Der Sofort-Schutz endet vereinbarungsgemäß zum nächstmöglichen Ablauf des Vorvertrags, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren ab Beginn dieses Vertrags.

Wird die Vorversicherung vor dem für das Ende des Sofort-Schutzes vereinbarten Zeitpunkt beendet, ist dies uns unverzüglich anzuzeigen. In diesem Fall endet der Sofort-Schutz mit dem Ende der Vorversicherung.

Mit Ende des Sofort-Schutzes beginnt der vereinbarte Versicherungsschutz.

Ein für das Bestehen der Vorversicherung gewährter Beitragsrabatt entfällt ab diesem Zeitpunkt.