

Vertragsunterlagen Verbraucherinformationen

Unfallversicherung VARIO

Stand 01/2018



Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich für unsere Unfallversicherung VARIO interessieren.

Mit den Ihnen hier vorliegenden Verbraucherinformationen können Sie sich umfassend über unsere Gesellschaft, die Unfallversicherung VARIO und deren Bestimmungen und Bedingungen informieren. Ferner erhalten Sie wichtige Hinweise zu gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes.

Inhaltsverzeichnis

I	Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung VARIO.....	4
II	Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer	6
III	Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	8
IV	Widerrufsrecht	10
V	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2014	11
VI	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung VARIO (BBU) – Stand 01.01.2018	20
VII	Allgemeine Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung VARIO	49
VIII	Berufsgruppenverzeichnis der nicht versicherbaren Berufe	53
IX	Hinweis zum Datenschutz.....	54
X	Satzung	55

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Die Haftpflichtkasse VVaG

Unfallversicherung VARIO
Vollschutz / Komfortschutz Plus /
Komfortschutz / Basisschutz

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

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



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- ✓ Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze
- ✓ Kurkostenbeihilfe
- ✓ Kostenerstattung für unfallbedingte kosmetische Operationen
- ✓ Bei Unfalltod Auszahlung einer Todesfallsumme

Dienstleistungen

- ✓ Hilfe-Paket mit häuslicher und organisatorischer Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z.B. Menüservice, Wohnungsreinigung, Fahrdienste, Tierbetreuung, usw.)

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenk-arthrose, Schlaganfall)
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)



Gibt es Deckungseinschränkungen?

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

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Unfälle als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts
- ! Unfälle durch Kernenergie

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

**Welche Verpflichtungen habe ich?**

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

**Wann und wie zahle ich?**

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

**Wann beginnt und endet die Deckung?**

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

**Wie kann ich den Vertrag beenden?**

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

II Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer



1. Gesellschaftsangaben

Die Haftpflichtkasse VVaG
Sitz der Gesellschaft: Roßdorf b. Darmstadt

Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:
Darmstädter Str. 103
64380 Roßdorf

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Reinhold Gleichmann

Vorstand:
Karl-Heinz Fahrenholz (Vorsitzender)
Roland Roider

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Die Haftpflichtkasse ist als Erstversicherer in den Sparten Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung und Unfallversicherung tätig.

3. Gesamtbeitrag

Der zu zahlende Beitrag ist abhängig von dem Leistungsumfang und den Versicherungs-/Deckungssummen. Der Beitrag sowie eventuelle Ratenzuschläge und die Versicherungsteuer ergeben sich aus dem Antrag bzw. dem Angebot.

4. Angaben zur Beitragszahlung

Erstbeitrag:

Die Zahlung des Erstbeitrags gilt als rechtzeitig erbracht, wenn diese unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach dem Erhalt des Versicherungsscheins erbracht wurde.

Folgebeitrag:

Die Zahlung des Folgebeitrags gilt als rechtzeitig erbracht, wenn diese zu dem in der Rechnung genannten Zeitpunkt (Fälligkeit) erbracht wurde.

Lastschriftverfahren:

Ist das Lastschriftverfahren vereinbart, ist die Zahlung des Erstbeitrags/des Folgebeitrags rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum genannten Zeitpunkt einziehen konnten und nicht gegen das Lastschriftverfahren Widerspruch eingelegt wurde.

Die Haftpflichtkasse wird die erstmalige SEPA-Basislastschrift spätestens fünf Kalendertage vorab ankündigen.

Ratenzahlung:

In der Regel ist eine Vereinbarung auf Ratenzahlung mit halb-, vierteljährlichen oder monatlichen Raten möglich. Die Voraussetzungen hierfür sind in den Tarifbestimmungen unter Ratenzahlung festgelegt. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Es gelten die ausstehenden Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen als gestundet. Die gestundeten Raten der laufenden Versicherungsperiode werden sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit einer Rate ganz oder teilweise in Verzug ist.

5. Gültigkeitsdauer von Angeboten

Von uns erstellte Angebote haben eine Gültigkeit von sechs Wochen ab Erstellungsdatum.

6. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, den Vertrag innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem gesonderten Informationsblatt zum Widerrufsrecht.

7. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

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

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

8. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch.

9. Beschwerdestellen / Aufsichtsbehörde / Streitbeilegung

Wir sind stets bemüht, alle Angelegenheiten zur vollsten Zufriedenheit unserer Kunden zu erledigen. Dennoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass Sie Anlass zur Beschwerde sehen. In solchen Fällen können Sie sich an folgende Stellen wenden:

- Ihre Vermittlerin/Ihren Vermittler
- den Vorstand der Haftpflichtkasse VVaG
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
- Versicherungsombudsman e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

www.versicherungsombudsman.de

Online-Streitbeilegung der Europäischen Union

Haben Sie als Verbraucher den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union (Online Dispute Resolution, ODR) wenden. Diese finden Sie auf dem Portal der Europäischen Kommission. Ihre Beschwerde wird dann über die Plattform für außergerichtliche Online-Streitbeilegung dem Versicherungsombudsman e.V. weitergeleitet. Zum Portal gelangen Sie hier: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Haftpflichtkasse VVaG, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie

die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: Die Haftpflichtkasse VVaG, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf, Telefax: 0 61 54/6 01-22 88, E-Mail: info@haftpflichtkasse.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

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

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

Ihre Haftpflichtkasse

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	12
1. Was ist versichert?	12
1.1 Grundsatz	12
1.2 Geltungsbereich	12
1.3 Unfallbegriff	12
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	12
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	12
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	12
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	12
2.1 Invaliditätsleistung	12
2.2 Unfallrente	13
2.3 Übergangsleistung	14
2.4 Tagegeld	14
2.5 Krankenhaustagegeld	14
2.6 Todesfallleistung	14
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	14
2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	14
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	14
3.1 Krankheiten und Gebrechen	14
3.2 Mitwirkung	14
4. Was ist nicht versichert?	15
4.1 Ausgeschlossene Unfälle	15
4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	15
5. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	16
5.1 Umstellung des Kindertarifs	16
5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	16
Der Leistungsfall	16
6. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	16
7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	16
8. Wann sind die Leistungen fällig?	16
8.1 Erklärung über die Leistungspflicht	16
8.2 Fälligkeit der Leistung	16
8.3 Vorschüsse	16
8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	16
Die Versicherungsdauer	17
9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	17
9.1 Beginn des Versicherungsschutzes	17
9.2 Dauer und Ende des Vertrags	17
9.3 Kündigung nach Versicherungsfall	17
9.4 Versicherungsjahr	17
Der Versicherungsbeitrag	17
10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	17
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	17
10.1 Beitrag und Versicherungssteuer	17
10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	17
10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	17
10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	18
10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	18
10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	18
Weitere Bestimmungen	18
11. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	18
11.1 Fremdversicherung	18
11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	18
11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	18
12. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	18
12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	18
12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	18
12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	18
12.4 Anfechtung	19
12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	19
13. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	19
13.1 Gesetzliche Verjährung	19
13.2 Aussetzung der Verjährung	19
14. Welches Gericht ist zuständig?	19
15. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	19
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	19
16. Welches Recht findet Anwendung?	19

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

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

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

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % 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.
2.3	Übergangsleistung
2.3.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.3.1.1	Die versicherte Person ist unfallbedingt <ul style="list-style-type: none"> • im beruflichen oder außerberuflichen Bereich • ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen • zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. <p>Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.</p>
2.3.1.2	Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. <i>Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.</i>
2.3.2	Art und Höhe der Leistung Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2.4	Tagegeld
2.4.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person ist unfallbedingt <ul style="list-style-type: none"> • in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und • in ärztlicher Behandlung.
2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind <ul style="list-style-type: none"> • die vereinbarte Versicherungssumme und • der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. <p>Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen. • nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war. <p>Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.</p> <p><i>Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.</i></p> <p>Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.</p>
2.5	Krankenhaustagegeld
2.5.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person <ul style="list-style-type: none"> • ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder • unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten. <p>Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.</p>
2.5.2	Höhe und Dauer der Leistung Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld <ul style="list-style-type: none"> • für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls. • für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6	Todesfalleistung
2.6.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.5.
2.6.2	Art und Höhe der Leistung Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2.7	Kosten für kosmetische Operationen
2.7.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild. Die kosmetische Operation erfolgt <ul style="list-style-type: none"> • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. <p>Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.</p>
2.7.2	Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene <ul style="list-style-type: none"> • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten <p>insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.</p>
2.8	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
2.8.1	Voraussetzungen für die Leistung Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten <ul style="list-style-type: none"> • für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder • für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik <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>
2.8.2	Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
3.	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
3.1	Krankheiten und Gebrechen Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden. Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen. <i>Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.</i>
3.2	Mitwirkung Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

- 3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
 - bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.
- Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.
- 3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.
- 4. Was ist nicht versichert?**
- 4.1 Ausgeschlossene Unfälle**
- Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
- Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
 - die Einnahme von Medikamenten,
 - Alkoholkonsum,
 - Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.
- Beispiele:
Die versicherte Person
- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
 - kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
 - torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
 - balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.
- Ausnahme:
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.
- 4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Diese Ausnahme gilt nicht
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
- 4.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
 - bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.
- 4.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
- Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
- Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 4.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**
- Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
- Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
- 4.2.4 Infektionen
- Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 4.2.3).
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
- Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
- 4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Beispiele:
- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
 - Angstzustände des Opfers einer Straftat
- 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
- Ausnahme:
- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und

- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Hinweise hierzu finden Sie im Anhang zu diesen Bedingungen.

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

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

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

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

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

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

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

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

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

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

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

8. Wann sind die Leistungen fällig?

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

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

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

8.2 Fälligkeit der Leistung

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

8.3 Vorschüsse

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

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

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

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

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

Die Versicherungsdauer

9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrages

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

9.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

10.1.2 Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

10.2.3 Rücktritt

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

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

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

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

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

10.3.3 Zahlungsfrist

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

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

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

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

10.4 **Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

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

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

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

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

10.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

10.6 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

11.1 **Fremdversicherung**

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

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

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

11.2 **Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**

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

11.3 **Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**

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

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

12.1 **Vorvertragliche Anzeigepflicht**

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

12.2 **Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

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

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

12.2.1 **Rücktritt**

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 **Kündigung**

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

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

12.2.3 **Vertragsänderung**

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

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

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

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

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

12.3 **Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte**

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch geson-

derte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

12.4 **Anfechtung**

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

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

12.5 **Erweiterung des Versicherungsschutzes**

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

13. **Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**

13.1 **Gesetzliche Verjährung**

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

13.2 **Aussetzung der Verjährung**

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

14. **Welches Gericht ist zuständig?**

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

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

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

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

15.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

15.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

16. **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

VI Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung VARIO (BBU) – Stand 01.01.2018



Inhaltsverzeichnis

1. Leistungsstufe Vollschutz	21
2. Leistungsstufe Komfortschutz Plus	30
3. Leistungsstufe Komfortschutz	37
4. Leistungsstufe Basisschutz	43
5. Besondere Bedingungen für das Hilfe-Paket	47

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung BBU VARIO.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach der für die versicherte Person vereinbarten Leistungsstufe Vollschutz, Leistungsstufe Komfortschutz Plus, Leistungsstufe Komfortschutz oder Leistungsstufe Basisschutz. Die jeweils vereinbarte Leistungsstufe ergibt sich aus dem Vertrag.

Die Besonderen Bedingungen für das Hilfe-Paket liegen dem Vertrag zugrunde, soweit die Leistung „Hilfe-Paket“ vereinbart ist.

1. Leistungsstufe Vollschutz

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2014	21
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	21
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	21
2. Ertrinken und Erstickten	21
3. Erfrieren	21
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	21
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	21
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	21
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	21
8. Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge	22
9. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall	22
10. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen	22
11. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	22
B. Erweiterungen der Leistungen	22
12. Gliedertaxe	22
13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	22
14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	22
15. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	23
16. Sofortleistung bei Krebserkrankungen	23
17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	23
18. Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	23
19. Unfall-Rente	23
20. Erweiterte Übergangsleistung	23
21. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	24
22. Koma- und Pflegegeld	24
23. Todesfallleistung	24
24. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	24
25. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs	24
26. Bergungs- und Transportkosten	24
27. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten	25
28. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	25
29. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?	25
30. Heilbehandlungen im Ausland	25
C. Krankheiten und Gebrechen	25
31. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	25
D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	25
32. Bewusstseinsstörungen	25
33. Passives Kriegsrisiko	26
34. Kitesurfen	26
35. Fahrtveranstaltungen	26
36. Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen	26
37. Strahlenschäden	26
38. Heilmaßnahmen	26
39. Infektionen	26
40. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen	26
41. Psychische Erkrankung durch Unfall	26
E. Versehensklausel bei Berufswechsel	26
42. Versehensklausel bei Berufswechsel	26
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	26
43. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	26
44. Verdienstausschlag	26
45. Meldefrist bei Unfalltod	26
46. Versehensklausel	26
G. Fälligkeit der Leistung	27
47. Vorschussleistung	27
48. Neufeststellung der Invalidität	27
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	27
49. Arbeitslosigkeit	27
50. Arbeitsunfähigkeit	27
51. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	27
52. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft	27
53. Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst	27
54. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	27
55. Innovationsgarantie	28
56. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	28
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	28
1. Rooming-in	28

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	28
3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	28
4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren	28
5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	28
6. Vollwaisen-Rente	28
7. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	28
8. Nachhilfeunterricht	28
9. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion	29

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	29
1. Änderungen des Erwachsenenentartarifes	29
2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur	29
3. Kapitaleistung bei Blindheit	29
4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	29
5. Invaliditätsleistung mit Integralfanchise	29

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Vollschutz).

I. Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2014)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind mitversichert. Als „plötzlich“ werden Einwirkungen von bis zu 7 Tagen angesehen.

2. Ertrinken und Erstickten (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

2. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenersatzung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 50.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 50.000 EUR.

7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

8. Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall, gemäß Ziffer 1.3 AUB 2014, auftreten.

9. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 AUB 2014 verzichtet.

Wird die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung oder einer Geiselnahme, leisten wir einmalig einen Betrag von 3.000 EUR. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert sein. Die Körperverletzung, die durch den Raubüberfall entstanden ist, muss eine Leistung gemäß Ziffer 2 AUB 2014 ausgelöst haben.

10. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2014 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

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

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

11. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1 AUB 2014)

1. Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten eingetreten sein.
2. Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 2.1.1.3 AUB 2014 auf 36 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

12. Gliedertaxe

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
einer Hand	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines unterhalb des Knies	65 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
eines Fußes	60 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	45 %
des Geruchs	20 %
des Geschmacks	20 %
der Stimme	100 %
einer Niere	25 %
beider Nieren	100 %
der Gallenblase	10 %
der Milz	10 %
der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %
des Magens	20 %
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	25 %
eines Lungenflügels	50 %

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %. War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2014 erfolgen soll.

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

15. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Summe.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

16. Sofortleistung bei Krebserkrankungen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Art und Höhe der Leistung:

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR, fällig, wenn die versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs

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

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

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

17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR, bei folgenden schweren Verletzungen fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

18. Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

- Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmals erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (zu Ziffer I. 17).
- Der Versicherungsschutz beginnt
 - mit dem Erwerb des Eigenheims oder,
 - wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.
- Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je
 - 30.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 24.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 18.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 12.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 6.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine
 - mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
 - mit Veräußerung des Eigenheims,
 - mit Beendigung der Unfallversicherung.

19. Unfall-Rente

(zu Ziffer 2.2 AUB 2014)

- Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
- Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- Partner-/Vollwaisen-Rente

Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute.

 - die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet.
 - die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.

20. Erweiterte Übergangsleistung

(zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

um 100 % beeinträchtigt; und diese Beeinträchtigung hat bis dahin ununterbrochen bestanden.

Es werden 50 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.3.2 AUB 2014 angerechnet.

21. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld (zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt.
2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Kur oder Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
3. Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
4. Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

Voraussetzungen für die Leistung:

- Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 AUB 2014.
- Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.
5. Unterzieht sich die versicherte Person unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, zahlen wir das vereinbarte Genesungsgeld ebenfalls für drei Tage.
Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.
 6. Bei Knochenbrüchen zahlen wir ein Schmerzensgeld, in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes und Genesungsgeldes für 3 Tage, mindestens 200 EUR.
 7. Bei einem Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch durch eine bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für 3 Tage.
 8. Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des Krankenhaustagegeldes geleistet.
 9. Das Krankenhaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.
 10. Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, werden zusätzlich die Eigenbehaltskosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltskosten durch die jeweilige Krankenkasse.
 11. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen gezahlt.
Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 EUR pro nachgewiesenem Behandlungstag erstattet, sofern das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld mindestens 25 EUR beträgt.

22. Koma- und Pflegegeld (zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

1. Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches), zahlen wir das Komageld innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, mindestens jedoch in Höhe von 30 EUR für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet.
2. Erreicht die versicherte Person infolge eines Unfalls den Pflegegrad 2, zahlen wir ein Pflegegeld innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 20 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 61a und § 61b Sozialgesetzbuch XII ist.

23. Todesfallleistung (zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. Bis zu einem Betrag von 20.000 EUR werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2014 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.
2. Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2014 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.

3. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen.
4. Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod, maximal 500.000 EUR.
5. Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 EUR.

24. Kosmetische Operationen und Zahnersatz (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7.2 AUB 2014 wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene Zahnarzt-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

25. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

1. Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebs-erkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebserkrankte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.
2. Wir leisten insgesamt bis 10.000 EUR Ersatz für
 - nachgewiesene Arzthonorare
 - Operationskosten
 - notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind.

Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

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

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

3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? Kein Versicherungsschutz besteht für
 - Fälle, bei denen die Brustkrebs-erkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
 - Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

26. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 2.8 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
2. Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
3. Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.

4. Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR.
5. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
6. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
7. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

27. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Ziffer 2 AUB 2014 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2014 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer durchgeführt hat.
2. Die Kurbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
5. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

28. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 10.000 EUR, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2014) erforderlich sind:

- a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
- b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- c) Prothesen, Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantation,
- d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung,
- e) Anschaffung eines Blindenhundes.

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

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

29. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Falls infolge eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR.

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

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

30. Heilbehandlungen im Ausland

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

1. Bei Unfällen, die sich während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen ereignen, übernehmen wir die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem betreffenden Land. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
2. Die Kosten übernehmen wir auch über den geplanten Rückreisetermin hinaus, wenn eine frühere Rückkehr aufgrund der Unfallverletzungen nicht möglich war (die Rückreisemehrkosten werden im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten übernommen).
3. Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort nicht erhältlich, sorgen wir, soweit möglich, auch für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
4. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf max. 5.000 EUR.

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

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

C. Krankheiten und Gebrechen

(Ziffer 3 AUB 2014)

31. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

(zu Ziffer 3 AUB 2014)

1. Abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 70 % beträgt.
2. Soweit im Versicherungsschein gesondert vereinbart, wird auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen verzichtet.

D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen

(Ziffer 4 AUB 2014)

32. Bewusstseinsstörungen

(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum, Einnahme von Medikamenten oder durch die Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,6 Promille versichert.

2. In Abänderung der Ziffer 4.1.1 AUB 2014 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufstörung, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle verursacht wurden.
3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle oder Erschrecken werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
4. In Ergänzung zu Ziffer 32.1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
5. In Abänderung zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) mitversichert. Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

33. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 21 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist, es sei denn, eine Durchquerung eines solchen Gebietes war aufgrund von Ausreisebemühungen nach Nr. 1 dieser Vorschrift unumgänglich.
3. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

34. Kitesurfen (zu Ziffer 4.1.4 AUB 2014)

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen gemäß Ziffer 4.1.4 AUB 2014 angesehen.

35. Fahrtveranstaltungen (zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)

1. In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2014 gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
2. Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

36. Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen (zu Ziffer 4.2.1 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.1 AUB 2014 gelten Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen als mitversichert.

37. Strahlenschäden (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.2 AUB 2014 sind lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie ausgeschlossen.

38. Heilmaßnahmen (zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2014 gilt das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallender Eingriffe.

39. Infektionen (zu Ziffer 1.3 und Ziffer 4.2.4 AUB 2014)

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. FSME, Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest)
Der Versicherungsschutz besteht, wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.
Der Versicherungsschutz besteht, soweit der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

Bei den in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und den Besonderen Bedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 39.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
3. Als Unfallereignis nach Ziffer 39.1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
4. Als Unfallereignis nach Ziffer 39.1 gelten auch Wundinfektionen.
5. Eingeschlossen sind auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.
6. Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion stattfinden, gelten als krankenhaustagegeldauslösender Krankenhausaufenthalt.

40. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

41. Psychische Erkrankung durch Unfall (zu Ziffer 4.2.6 AUB 2014)

1. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
2. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund Überfall, Geiselnahme oder Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades auftreten, übernehmen wir die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.
Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

E. Versehensklausel bei Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

42. Versehensklausel bei Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten (Ziffer 6 AUB 2014)

43. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen (zu Ziffer 6.1 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

44. Verdienstausfall (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

45. Meldefrist bei Unfalltod (zu Ziffer 6.5 AUB 2014)

Ziffer 6.5 AUB 2014 wird gestrichen.

46. Versehensklausel (zu Ziffer 6 AUB 2014 und Ziffer 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung
(zu Ziffer 8 AUB 2014)

47. Vorschussleistung
(Ziffer 8 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2014 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist.

48. Neufeststellung der Invalidität
(Ziffer 8.4 AUB 2014)

1. Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
 - a) zwei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns,
 - b) drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie,
 - c) fünf Jahre nach dem Unfall, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
2. Das Verlangen einer Neubemessung können
 - a) Sie vor Ablauf der Frist nach Ziffer 48.1 oder
 - b) wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.4 AUB 2014 aussprechen.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer
(Ziffer 9 AUB 2014)

49. Arbeitslosigkeit
(zu Ziffer 9 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind.
Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.
3. Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:
 - Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
 - Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
 - Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
 - Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.
 Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.
4. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
5. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

50. Arbeitsunfähigkeit
(zu Ziffer 9 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.
2. Art und Höhe der Leistung:
 - Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.
 - Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

- Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.
- Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

3. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

51. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit
(zu Ziffer 9 AUB 2014)

1. Wird bei der versicherten Person eine
 - dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
 - eine Geisteskrankheit
 ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

52. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft
(zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression),
- 10.000 EUR für den Todesfall,
- 20 EUR Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Wird der Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

53. Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst
(zu Ziffer 9.4 AUB 2014)

Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Freiwilligem Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

54. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

1. Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.

Dabei werden die Versicherungssummen für

- Invalidität und Todesfall auf volle 500 EUR
 - die Übergangsleistung auf volle 50 EUR
 - das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle 1 EUR
- aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal hintereinander der Anpassung, innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung, schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

55. Innovationsgarantie

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

56. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 60 EUR gezahlt.

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

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2014 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer 40 BBU Vollschutz)

Ergänzend zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer I. 40 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

- Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch

- Medikamente
- Tabak
- Alkohol
- Reinigungsmittel
- Kosmetika
- Lösungsmittel
- Insektizide

die das versicherte Kind, auch wenn es von den entsprechend verantwortlichen Personen nicht beaufsichtigt war, eingenommen, ausprobiert oder heruntergeschluckt hat.

- Das versicherte Kind

- hat Pflanzen oder Teile einer Pflanze, wie z. B. Beeren, Nüsse, Früchte, Blätter, Wurzeln, gegessen, gekaut und/oder ausgespuckt
- ist es mit Pflanzen oder Teilen einer Pflanze in Berührung gekommen, die zu einer Vergiftung führen,

gilt dies und die entsprechenden Folgen dieser Vergiftungen als Unfallereignis im Sinne der Bedingungen.

- Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen

- der Haut bzw. Schleimhaut durch chemische Stoffe
- in Mund- oder Rachenraum
- Speiseröhre, Magen und Darm
- im Augenbereich.

5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene

(zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

- Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit

- 60.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
- 10.000 EUR Todesfallsumme
- 11 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.

- Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gemäß Ziffer II. 5. 1 des Vertrages zusätzlich.

Dieser Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

- Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit 30.000 EUR für den Invaliditätsfall.

6. Vollwaisen-Rente

(zu Ziffer 10.6 AUB 2014)

Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder des Versicherten).

- Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt.
- Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

7. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall

(zu Ziffer 10.6 AUB 2014)

- Der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt (den Versicherungsschutz für Ihren eigenen Vertragsteil setzen wir auf Ihren Wunsch außer Kraft).

Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig waren, und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird.

- Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen.

Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

8. Nachhilfeunterricht

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

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet.

Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstsat nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaus-Tagegeldsatz angehoben.

Die Kostenersatzung ist insgesamt auf 3.000 EUR begrenzt.

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

9. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion:

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 und den dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten

- beim Sprechen
- im Sprachverständnis
- beim Lesen
- beim Schreiben
- beim Nichtsprechen

aufgrund einer psychischen Reaktion, werden von uns die Kosten für eine notwendige logopädische Therapie bzw. psychotherapeutische Therapie, die dem Zweck dient, die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen oder zumindest zu verbessern, bis maximal 1.500 EUR für das versicherte Kind erstattet.

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

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenenentarifes

1. Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres.

Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer III. 5 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

2. Die Möglichkeit gemäß Ziffer I. 31.2, auf Verzicht der Leistungskürzung bei Mitwirkung von unabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, wird gestrichen.

Vereinbart gilt Ziffer I. 31.1.

3. Die gemäß Ziffer I. 16 beschriebene Sofortleistung bei Krebserkrankungen wird gestrichen.

2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Oberarmfraktur erleidet.

3. Kapitalleistung bei Blindheit

Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose von Blindheit der versicherten Person eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 EUR.

4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln

1. Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen Unfall.

Wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, die medizinische Verordnung der unter Ziffer III. 4.2 genannten Hilfsmittel notwendig.

2. Hilfsmittel:

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunstauge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

Die nachgewiesenen Kosten für die genannten Hilfsmittel werden bis max. 1.500 EUR einmal je Unfall gezahlt.

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

5. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2014, oder deren Erweiterungen, bzw. nach Ziffer 2.1 AUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

2. Leistungsstufe Komfortschutz Plus

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2014	30
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	30
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	30
2. Ertrinken und Erstickern	30
3. Erfrieren	30
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	30
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	30
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	30
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	30
8. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall	30
9. Erhöhte Kraftanstrengung	31
10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	31
B. Erweiterungen der Leistungen	31
11. Gliedertaxe	31
12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	31
13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	31
14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	32
15. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	32
16. Unfall-Rente	32
17. Erweiterte Übergangsleistung	32
18. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	32
19. Komageld	32
20. Todesfallleistung	32
21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	33
22. Bergungs- und Transportkosten	33
23. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten	33
24. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	33
C. Krankheiten und Gebrechen	33
25. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	33
D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	33
26. Bewusstseinsstörungen	33
27. Passives Kriegsrisiko	33
28. Kitesurfen	34
29. Fahrtveranstaltungen	34
30. Strahlenschäden	34
31. Heilmaßnahmen	34
32. Infektionen	34
33. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen	34
34. Psychische Erkrankung durch Unfall	34
E. Versehensklausel bei Berufswechsel	34
35. Versehensklausel bei Berufswechsel	34
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	34
36. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	34
37. Verdienstausfall	34
38. Meldefrist bei Unfalltod	34
39. Versehensklausel	34
G. Fälligkeit der Leistung	34
40. Vorschussleistung	34
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	34
41. Arbeitslosigkeit	34
42. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	35
43. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft	35
44. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	35
45. Innovationsgarantie	35
46. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	35
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	35
1. Rooming-in	35
2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	35
3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	35
4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren	35
5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	36
6. Vollwaisen-Rente	36
7. Nachhilfeunterricht	36
8. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion	36

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	36
1. Änderungen des Erwachsenenentarfes	36
2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur	36
3. Kapitalleistung bei Blindheit	36
4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	36
5. Invaliditätsleistung mit Integralfanchise	36

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Komfortschutz Plus).

I. Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2014)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

2. Ertrinken und Erstickern (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

2. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenersatzung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 20.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 20.000 EUR.

7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

8. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen

von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 AUB 2014 verzichtet.

Wird die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung oder einer Geiselnahme, leisten wir einmalig einen Betrag von 3.000 EUR. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert sein. Die Körperverletzung, die durch den Raubüberfall entstanden ist, muss eine Leistung gemäß Ziffer 2 AUB 2014 ausgelöst haben.

9. Erhöhte Kraftanstrengung (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2014 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

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

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1 AUB 2014)

1. Die Invalidität muss innerhalb von 18 Monaten eingetreten sein.
2. Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 2.1.1.3 AUB 2014 auf 24 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

11. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines unterhalb des Knies	65 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	15 %
der Stimme	100 %
eine Niere	25 %
beide Nieren	100 %
der Milz	10 %
der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %. War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere und Milz haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2014 erfolgen soll.

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

15. Sofortleistung bei schweren Verletzungen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 5 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 EUR, bei folgenden schweren Verletzungen fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebeerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

16. Unfall-Rente

(zu Ziffer 2.2 AUB 2014)

- Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
- Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- Partner-/Vollwaisen-Rente
Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute.
 - die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet.
 - die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.

17. Erweiterte Übergangsleistung

(zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

um 100 % beeinträchtigt; und diese Beeinträchtigung hat bis dahin ununterbrochen bestanden.

Es werden 50 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.3.2 AUB 2014 angerechnet.

18. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

- Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
- Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Kur oder Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
- Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 500 Tage.
Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 AUB 2014.
Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

- Unterzieht sich die versicherte Person unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, zahlen wir das vereinbarte Genesungsgeld ebenfalls für drei Tage.

Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.

- Bei einem Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch durch eine bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für 3 Tage.
- Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des Krankenhaustagegeldes geleistet.
- Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart sind, werden zusätzlich die Eigenbehaltskosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltskosten durch die jeweilige Krankenkasse.
- Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen gezahlt.

Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 EUR pro nachgewiesenen Behandlungstag erstattet, sofern das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld mindestens 25 EUR beträgt.

19. Komageld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches), so wird für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag, maximal 12 Wochen, ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet.

20. Todesfalleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

- Bis zu einem Betrag von 6.000 EUR werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2014 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.
- Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre vom Unfalltag an gerechnet unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2014 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.

3. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen.
4. Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfalltod, maximal 500.000 EUR.
5. Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 EUR.

21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7.2 AUB 2014 wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene Zahnarzt-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

22. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 2.8 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
2. Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
3. Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
4. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
5. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
6. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

23. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Ziffer 2 AUB 2014 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2014 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer durchgeführt hat.
2. Die Kurbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

4. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
5. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

24. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 6.000 EUR, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2014) erforderlich sind:

- a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
- b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- c) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantationen,
- d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung,
- e) Anschaffung eines Blindenhundes.

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

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

C. Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3 AUB 2014)

25. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.

D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen (Ziffer 4 AUB 2014)

26. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum, Einnahme von Medikamenten oder durch die Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,5 Promille versichert.

2. In Abänderung der Ziffer 4.1.1 AUB 2014 f allen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden.
3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
4. In Ergänzung zu Ziffer 26.1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
5. In Abänderung zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) mitversichert. Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

27. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 21 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist, es sei denn, eine Durchquerung eines solchen Gebietes war aufgrund von Ausreisebemühungen nach Nr. 1 dieser Vorschrift unumgänglich

3. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

28. Kitesurfen

(zu Ziffer 4.1.4 AUB 2014)

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen gemäß Ziffer 4.1.4 AUB 2014 angesehen.

29. Fahrtveranstaltungen

(zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)

1. In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2014 gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
2. Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert werden, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

30. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.2 AUB 2014 sind lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie ausgeschlossen.

31. Heilmaßnahmen

(zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2014 gelten das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallender Eingriff.

32. Infektionen

(zu Ziffer 1.3 und Ziffer 4.2.4 AUB 2014)

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. FSME, Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
Der Versicherungsschutz besteht, wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.
 - b) Cholera, Diptherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.
Der Versicherungsschutz besteht, soweit der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

Bei den in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und den Besonderen Bedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 32.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
3. Als Unfallereignis nach Ziffer 32.1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
4. Als Unfallereignis nach Ziffer 32.1 gelten auch Wundinfektionen.
5. Eingeschlossen sind auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2014 und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.6 AUB 2014, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.

Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

33. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

34. Psychische Erkrankung durch Unfall

(zu Ziffer 4.2.6 AUB 2014)

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

E. Versehensklausel bei Berufswechsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

35. Versehensklausel bei Berufswechsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten

(Ziffer 6 AUB 2014)

36. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

(zu Ziffer 6.1 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

37. Verdienstausfall

(zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

38. Meldefrist bei Unfalltod

(zu Ziffer 6.5 AUB 2014)

Ziffer 6.5 AUB 2014 wird gestrichen.

39. Versehensklausel

(zu Ziffer 6 AUB 2014 und Ziffer 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung

(zu Ziffer 8 AUB 2014)

40. Vorschussleistung

(Ziffer 8 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2014 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsomme vereinbart ist. Höchstens jedoch 50 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 100.000 EUR.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer

(Ziffer 9 AUB 2014)

41. Arbeitslosigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind.

Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.
3. Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:
 - Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
 - Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
 - Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
 - Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt zweijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.

4. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
5. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

42. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

1. Wird bei der versicherten Person eine
 - dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
 - eine Geisteskrankheit
 ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

43. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

- 30.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)

mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten / den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht. Wird Ihr Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

44. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

1. Dabei werden die Versicherungssummen für
 - Invalidität und Todesfall auf volle 500 EUR
 - die Übergangsleistung auf volle 50 EUR
 - das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.
 Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal hintereinander der Anpassung, innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung, schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3

AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

45. Innovationsgarantie

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

46. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 EUR gezahlt.

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

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2014 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer 33 BBU Komfortschutz Plus)

Ergänzend zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer I. 33 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

1. Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch

- Medikamente
- Tabak
- Alkohol
- Reinigungsmittel
- Kosmetika
- Lösungsmittel
- Insektizide

die das versicherte Kind, auch wenn es von den entsprechend verantwortlichen Personen nicht beaufsichtigt war, eingenommen, ausprobiert oder heruntergeschluckt hat.

2. Das versicherte Kind

- hat Pflanzen oder Teile einer Pflanze, wie z. B. Beeren, Nüsse, Früchte, Blätter, Wurzeln, gegessen, gekaut und/oder ausgespuckt
 - ist es mit Pflanzen oder Teilen einer Pflanze in Berührung gekommen, die zu einer Vergiftung führen,
- gilt dies und die entsprechenden Folgen dieser Vergiftungen als Unfallereignis im Sinne der Bedingungen.

3. Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen

- der Haut bzw. Schleimhaut durch chemische Stoffe
- in Mund- oder Rachenraum
- Speiseröhre, Magen und Darm
- im Augenbereich.

5. **Vorsorgeversicherung für Neugeborene** (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit
 - 30.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
 - 5.000 EUR Todesfallsumme
 - 5 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
 bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Vollendung der Geburt folgt, mindestens für drei Monate beitragsfrei mitversichert.
2. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gemäß Ziffer II. 5. 1 des Vertrages zusätzlich.
Dieser Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

6. **Vollwaisen-Rente** (zu Ziffer 10.6 AUB 2014)

Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder des Versicherten).

1. Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 6.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt.
2. Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

7. **Nachhilfeunterricht**

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

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet.

Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstbetrag nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaus-Tagegeldsatz angehoben.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 3.000 EUR begrenzt.

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

8. **Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion:**

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 und den dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten

- beim Sprechen
- im Sprachverständnis
- beim Lesen
- beim Schreiben
- beim Nichtsprechen

aufgrund einer psychischen Reaktion, werden von uns die Kosten für eine notwendige logopädische Therapie bzw. psychotherapeutische Therapie, die dem Zweck dient, die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen oder zumindest zu verbessern, bis maximal 1.500 EUR für das versicherte Kind erstattet.

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

III. **Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres**

1. **Änderungen des Erwachsenenentarifes**

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres.

Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer III. 5 zugrunde gelegt, Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

2. **Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur**

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Oberarmfraktur erleidet.

3. **Kapitalleistung bei Blindheit**

Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose von Blindheit der versicherten Person eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 EUR.

4. **Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln**

1. Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen Unfall.

Wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, die medizinische Verordnung der unter Ziffer III. 4.2 genannten Hilfsmittel notwendig.

2. Hilfsmittel:

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrrad
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunststauge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

Die nachgewiesenen Kosten für die genannten Hilfsmittel werden bis max. 1.500 EUR einmal je Unfall gezahlt.

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

5. **Invaliditätsleistung mit Integralfranchise**

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2014, oder deren Erweiterungen, bzw. nach Ziffer 2.1 AUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

3. Leistungsstufe Komfortschutz

Inhaltsverzeichnis	
I. Abweichungen zu den AUB 2014	37
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	37
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	37
2. Ertrinken und Ersticken	37
3. Erfrieren	37
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	37
5. Tauchtypische Gesundheitsschäden	37
6. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	37
7. Erhöhte Kraftanstrengung	37
8. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	37
B. Erweiterungen der Leistungen	37
9. Gliedertaxe	37
10. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	38
11. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	38
12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	38
13. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	38
14. Unfall-Rente	39
15. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	39
16. Todesfallleistung	39
17. Kosmetische Operationen	39
18. Bergungs- und Transportkosten	39
19. Kurkostenbeihilfe	39
C. Krankheiten und Gebrechen	39
20. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	39
D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	39
21. Bewusstseinsstörungen	39
22. Passives Kriegsrisiko	39
23. Strahlenschäden	40
24. Heilmaßnahmen	40
25. Nahrungsmittelvergiftungen	40
26. Psychische Erkrankung durch Unfall	40
E. Versehensklausel bei Berufswechsel	40
27. Versehensklausel bei Berufswechsel	40
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	40
28. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	40
29. Verdienstausschlag	40
30. Meldefrist bei Unfalltod	40
31. Versehensklausel	40
G. Fälligkeit der Leistung	40
32. Vorschussleistung	40
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	40
33. Arbeitslosigkeit	40
34. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	40
35. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)	40
36. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	41
37. Innovationsgarantie	41
38. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	41
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	41
1. Rooming-in	41
2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	41
3. Vergiftungen	41
4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	41
5. Vollwaisen-Rente	41
6. Nachhilfunterricht	41
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	41
1. Änderungen des Erwachsenentarifes	41
2. Oberschenkelhalsfraktur	41
3. Invaliditätsleistung mit Integralfanchise	42

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Komfortschutz).

I. Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2014)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausnahme:

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

2. Ertrinken und Erstickern (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Tauchtypische Gesundheitsschäden (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

6. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

7. Erhöhte Kraftanstrengung (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2014 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch- oder Unterleibsbrüche
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

8. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1 AUB 2014)

Die Frist zur Geltendmachung einer Invalidität und zur ärztlichen Feststellung wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 2.1.1.3 AUB 2014 auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

9. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:	
eines Armes	70 %
Arm bis oberhalb des Ellbogengelenks	70 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	70 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines unterhalb des Knies	55 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	3 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	35 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
der Stimme	40 %

10. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

11. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

13. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkräftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

14. Unfall-Rente

(zu Ziffer 2.2 AUB 2014)

1. Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
2. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
3. Partner-/Vollwaisen-Rente
Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute.
 - a) Die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet.
 - b) Die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.

15. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Kur oder Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
3. Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
4. Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.
Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 AUB 2014.
5. Unterzieht sich die versicherte Person unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, zahlen wir das vereinbarte Genesungsgeld ebenfalls für drei Tage.
Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.
6. Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des Krankenhaustagegeldes geleistet.

16. Todesfalleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre vom Unfalltag an gerechnet unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2014 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
2. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

17. Kosmetische Operationen

(zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7 der AUB 2014 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18. Bergungs- und Transportkosten

(zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 2.8 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

2. Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
3. Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
4. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
5. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
6. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

19. Kurkostenbeihilfe

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Ziffer 2 AUB 2014 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2014 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer
 durchgeführt hat.
2. Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
4. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

C. Krankheiten und Gebrechen

(Ziffer 3 AUB 2014)

20. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

(zu Ziffer 3 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 40 % beträgt.

D. Einschränkungen zu den Ausschlüssen

(Ziffer 4 AUB 2014)

21. Bewusstseinsstörungen

(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Alkoholkonsum verursacht sind, mitversichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,1 Promille versichert.

2. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

22. Passives Kriegsrisiko

(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise

durch ein Kriegereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

2. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

23. Strahlenschäden (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014 sind Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt

mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

24. Heilmaßnahmen (zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2014 gilt das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallender Eingriff.

25. Nahrungsmittelvergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

26. Psychische Erkrankung durch Unfall (zu Ziffer 4.2.6 AUB 2014)

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

E. Versehensklausel bei Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

27. Versehensklausel bei Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten (Ziffer 6 AUB 2014)

28. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen (zu Ziffer 6.1 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Verweigert der Versicherte eine Operation zur Verbesserung unfallbedingter Gesundheitsschäden, so kommt eine Leistungskürzung nur dann in Frage, wenn

- die Operation einfach und gefahrlos ist
- sie nicht mit besonderen Schmerzen verbunden ist
- sie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bietet.

29. Verdienstausschlag (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

30. Meldefrist bei Unfalltod (zu Ziffer 6.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 6.5 AUB 2014 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

31. Versehensklausel (zu Ziffer 6 AUB 2014 und Ziffer 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung (zu Ziffer 8 AUB 2014)

32. Vorschussleistung (Ziffer 8.3 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2014 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist, maximal 10.000 EUR.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer (Ziffer 9 AUB 2014)

33. Arbeitslosigkeit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind.
Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
2. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
3. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

34. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

1. Wird bei der versicherten Person eine
 - dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
 - eine Geisteskrankheit
 ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

35. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages, ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

- 25.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)

mitversichert.

Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht.

Wird Ihr Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

36. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

- Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.
Dabei werden die Versicherungssummen für
 - Invalidität und Todesfall auf volle 500 EUR
 - die Übergangsleistung auf volle 50 EUR
 - das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.
 Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
- Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal hintereinander der Anpassung, innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung, schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
- Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
- Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

37. Innovationsgarantie

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

38. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 25 EUR gezahlt.

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

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2014 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Vergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2014 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene

(zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

- Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit 25.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
 - bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Vollendung der Geburt folgt,
 - mindestens für drei Monate
 beitragsfrei mitversichert.
- Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gemäß Ziffer II. 4.1 des Vertrages zusätzlich.
Dieser Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

5. Vollwaisen-Rente

(zu Ziffer 10.6 AUB 2014)

Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder.

- Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 6.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt.
- Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

6. Nachhilfeunterricht

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

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet.

Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstsatz nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaus-Tagegeldsatz angehoben.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 3.000 EUR begrenzt.

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

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenenentarifes

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres.

Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfanchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer III. 3 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

2. Oberschenkelhalsfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2014, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

4. Leistungsstufe Basisschutz

Inhaltsverzeichnis	
I. Abweichungen zu den AUB 2014	43
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	43
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	43
2. Ertrinken und Ersticken	43
3. Erfrieren	43
4. Tauchtypische Gesundheitsschäden	43
5. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	43
6. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	43
B. Erweiterungen der Leistungen	43
7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	43
8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	43
9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	44
10. Unfall-Rente	44
11. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	44
12. Todesfallleistung	44
13. Kosmetische Operationen	44
14. Bergungs- und Transportkosten	44
15. Kurkostenbeihilfe	44
C. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	45
16. Bewusstseinsstörungen	45
17. Passives Kriegsrisiko	45
18. Strahlenschäden	45
19. Nahrungsmittelvergiftungen	45
20. Psychische Erkrankung durch Unfall	45
D. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	45
21. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	45
22. Verdienstausschlag	45
23. Meldefrist bei Unfalltod	45
24. Versehensklausel	45
E. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	45
25. Arbeitslosigkeit	45
26. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	45
27. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	45
28. Innovationsgarantie	46
29. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	46
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	46
1. Vergiftungen	46
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	46
1. Änderungen des Erwachsenenentarfes	46
2. Oberschenkelhalsfraktur	46
3. Invaliditätsleistung mit Integralfanchise	46

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Basisschutz).

I. Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2014)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausnahme:

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerkrankheiten).

2. Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Tauchtypische Gesundheitsschäden (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

5. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

6. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1 AUB 2014)

Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 2.1.1.3 AUB 2014 auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

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

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

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

9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

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

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

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

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

10. Unfall-Rente (zu Ziffer 2.2 AUB 2014)

- Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
- Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- Partner-/Vollwaisen-Rente
Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute.
 - Die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet.
 - Die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt.

11. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld (zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

- Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Kur oder Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
- Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.
Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 AUB 2014.
- Unterzieht sich die versicherte Person unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, zahlen wir das vereinbarte Genesungsgeld ebenfalls für drei Tage.
Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.

12. Todesfalleistung (zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

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

13. Kosmetische Operationen (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7 der AUB 2014 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

14. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 2.8 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

- Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

15. Kurkostenbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Ziffer 2 AUB 2014 wird um folgende Leistungsart erweitert:

- Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2014 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis

zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person

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

2. Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
4. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

C. Einschränkungen zu den Ausschlüssen (Ziffer 4 AUB 2014)

16. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Alkoholkonsum verursacht sind, mitversichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,1 Promille versichert.

2. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

17. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegseignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
2. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;

18. Strahlenschäden (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014 sind Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt

mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

19. Nahrungsmittelvergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

20. Psychische Erkrankung durch Unfall (zu Ziffer 4.2.6 AUB 2014)

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

D. Einschränkungen zu den Obliegenheiten (Ziffer 6 AUB 2014)

21. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen (zu Ziffer 6.1 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

22. Verdienstausschlag (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

23. Meldefrist bei Unfalltod (zu Ziffer 6.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 6.5 AUB 2014 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

24. Versehensklausel (zu Ziffer 6 AUB 2014 und Ziffer 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

E. Erweiterungen zur Versicherungsdauer (Ziffer 9 AUB 2014)

25. Arbeitslosigkeit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind.

Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

2. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
3. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

26. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

1. Wird bei der versicherten Person eine
 - dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
 - eine Geisteskrankheit
 ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

27. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

1. Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.

Dabei werden die Versicherungssummen für

- Invalidität und Todesfall auf volle 500 EUR
- die Übergangsleistung auf volle 50 EUR
- das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal hintereinander der Anpassung, innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung, schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

28. Innovationsgarantie

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

29. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Vergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2014 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenentarifes

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres.

Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer III. 3 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

2. Oberschenkelhalsfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2014, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

5. Besondere Bedingungen für das Hilfe-Paket

Soweit vereinbart, werden ergänzend zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) nachfolgende Leistungen im Rahmen des Hilfe-Paketes erbracht.

Die Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Die Kosten tragen wir. Auf Ziffer 5 wird hingewiesen.

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen im Rahmen der AUB 2014 und BBU VARIO in der dem Vertrag zugrunde liegenden Leistungsstufe versicherten Unfall erlitten und ist aufgrund dieses Unfalls hilfebedürftig.

Hilfebedürftig ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe bedarf.

Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines Erstgespräches durch den Dienstleister festgestellt. Die Kostenübernahme gilt nur für den durch uns beauftragten Dienstleister. Die Auswahl des Dienstleisters erfolgt durch uns.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, soweit nicht ausdrücklich in der Beschreibung der einzelnen Leistung eine weltweite Erbringung beschrieben ist. Für alle anderen Leistungen können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person diese nicht erbracht werden.

2. Dauer der Leistung

Die Leistungen werden für die Dauer der Hilfebedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate nach dem Unfallereignis oder der Entlassung aus der vollstationären Erstbehandlung. Für die Organisation von Vermittlungsleistungen oder die Leistungen für Familienangehörige gemäß Ziffer 4 entsteht der Anspruch bereits mit Eintritt des Unfalls.

3. Umfang der Leistung

Auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 AUB 2014 wird verzichtet.

3.1 Hilfeleistungen

3.1.1 Erstgespräch

Der Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls ein persönliches Gespräch zur Feststellung der Ressourcen des Hilfs- oder Pflegebedürftigen und der Ermittlung und Abstimmung der im Einzelnen zu erbringenden Leistungen und Termine.

3.1.2 Hausnotrufdienst

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

3.1.3 Menüservice

Diese Leistung umfasst die Anlieferung von 7 Hauptmahlzeiten pro Woche an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm bei Bedarf für bis zu 6 Monate angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt.

3.1.5 Besorgungen und Einkäufe

Bei Bedarf werden einmal in der Woche für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs

einschließlich Arzneimitteln, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.

3.1.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gepflegt. Hierzu zählen Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen sowie die Schuhpflege.

3.1.7 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen nach Entlassung aus der vollstationären Erstbehandlung die versicherte Person bei Behördengängen oder Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen erforderlich ist.

3.1.8 Fahrdienst zu Ärzten, zur Krankengymnastik, Therapie oder zu Behörden

Soweit erforderlich wird bis zu zweimal wöchentlich für bis zu 6 Monate die versicherte Person zu Ärzten, Fachärzten, in Krankenhäuser, zur Krankengymnastik und Therapie oder auch zu Behörden gebracht und wieder abgeholt.

3.1.9 Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

3.1.10 Arzneimittelversand

Im Notfall wird der versicherten Person nach einem Unfall ein notwendiges Arzneimittel, welches im Ausland vor Ort nicht beschafft werden kann, unverzüglich besorgt und per Eiltransport versendet.

3.1.11 Arztsuche

Bei Bedarf wird der versicherten Person ein wohnortnaher Arzt/Facharzt oder im Ausland ein deutsch- oder englischsprachiger Arzt/Facharzt vor Ort/im nächstgelegenen Ort benannt.

3.2 Organisatorische Leistungen

3.2.1 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.2 Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt.

3.2.3 Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau des Kraftfahrzeugs werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.4 Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.5 Hausmeisterdienst

Der versicherten Person wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung (zum Beispiel für Gartenpflege oder Schneeräumen der Gehwege) vermittelt.

3.2.6 Medizinische Abklärung

Organisation von Arzt-zu-Arzt-Gesprächen des medizinischen Dienstes mit den Behandlern im Ausland zur Abklärung der medizinischen Versorgungslage vor Ort.

3.2.7 Krankenrücktransport

3.2.7.1 Art der Leistung

Organisation ärztlich angeordneter Krankenrücktransporte für die versicherte Person aus dem Ausland nach Deutschland mit geeigneten Transportmitteln (Beispiele: KTW, RTW, Linienflug oder Ambulanzflug) einschl. notwendiger An-/Abtransporte zum Flughafen, (Ziel-)Krankenhaus oder zum ständigen Wohnsitz der verletzten Person. Die Kosten für den Krankenrücktransport werden im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten übernommen.

3.2.7.2 Abrechnung der Transportkosten

Die Transportkosten sind im Rahmen der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bergungs- und Transportkosten versichert. Die Kosten sind zunächst anderen Ersatzpflichtigen zur Leistung vorzulegen. Nachfolgendes ist im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten zur Höhe der Leistung bestimmt:

- Die Bergungs- und Transportkosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
- Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.2.8 Überführungen

Organisation von Überführungen der Verstorbenen aus dem Ausland an den Bestattungsort in Deutschland oder an den letzten ständigen Wohnsitz einschließlich aller notwendigen Dokumente.

3.2.9 Pflegeplatzgarantie

In Notfällen wird die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung garantiert. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Kosten für die Unterbringung selbst werden nicht erstattet.

3.3 Unfallpflegeleistungen

Soweit durch den Dienstleister ein Pflegebedarf festgestellt wird und noch keine Einstufung in einen Pflegegrad nach Sozialgesetzbuch vorgenommen wurde, erhält die versicherte Person nach der stationären Behandlung die nachstehenden Pflegeleistungen.

Soweit bereits vor dem Unfall eine Einstufung in einen Pflegegrad nach Sozialgesetzbuch vorgenommen worden und werden hierfür Sachleistungen erbracht, wird lediglich für den durch den Unfall eingetretenen Mehraufwand geleistet. Werden Geldleistungen erbracht, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. In diesem Fall kann keine Leistung aus der Unfallpflegeleistung erbracht werden.

3.3.1 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.

3.3.2 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.3.3 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen und An- und Auskleiden sowie Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

3.3.4 24-Stunden-Pflegenotruf/Notfallservice

Gleichzeitig mit der Leistungserbringung „Grundpflege“ nach 3.3.3 kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, welche im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur Hilfeleistung alarmiert.

4. Familien-Hilfe

4.1 Leistungen für Familienangehörige der versicherten Person

Nachfolgende Leistungen, die unter 3.1 beschrieben sind, werden auch für Ehe-/Lebenspartner und Verwandte 1. Grades (Eltern und Kinder) der versicherten Personen für bis zu 4 Wochen erbracht, sofern diese Personen mit der versicherten Person in häuslicher Wohngemeinschaft zusammenleben und bis zum Unfall von dieser wegen Minderjährigkeit oder nachgewiesener Pflegebedürftigkeit versorgt wurden:

- Menüservice
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

4.2 Kinder-Assistance

Bei Bedarf erhält die versicherte Person resp. deren minderjährige Kinder für bis zu 4 Wochen eine Betreuung. Diese umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur in Grundschule), Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Diese Leistungen werden bis zu 8 Stunden täglich, bis zu 4 Wochen, erbracht. In Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der minderjährigen Kinder (auch Pflegekinder) niemand zur Verfügung steht.

5. Datenübermittlung an Dienstleister

Die Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistungen tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und die Leistungen geltend machenden versicherten Personen an den Dienstleister zu übermitteln.

VII Allgemeine Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung VARIO



Schriftform für Anzeigen und Erklärungen

Alle für die Haftpflichtkasse bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und an Die Haftpflichtkasse VVaG zu richten (Ziffer 15 AUB 2014).

Eintrittsalter

Kinder und Jugendliche: 0 bis 17 Jahre
Erwachsene: Vollendung des 18. Lebensjahres bis einschließlich 67. Lebensjahr
Seniorentarif: Vollendung des 67. Lebensjahres bis einschließlich 82. Lebensjahr

Altersbedingte Änderungen

Der Beitragssatz der zu versichernden Person ist abhängig von dem jeweiligen Alter bei Vertragsbeginn. Änderungen während der Vertragslaufzeit kommen in folgenden Fällen vor:

Kinder und Jugendliche können nach vollendeter Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach dem Tarif für die Kinder-Unfallversicherung versichert werden. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es besteht nach dem dann gültigen Tarif ein Wahlrecht gemäß Ziffer 5.1. AUB 2014.

Erwachsene können nach Vollendung des 18. Lebensjahres bis einschließlich des 67. Lebensjahres zu den Tarifsätzen dieser Altersgruppe versichert werden. Ab Vollendung des 67. Lebensjahres wird bei bestehenden Verträgen ein Änderungsangebot unterbreitet. Es besteht das Wahlrecht, den Vertrag bei unveränderten Beiträgen für die Invaliditätsleistung mit einer Integralfranchise von 25 % fortzuführen oder bei gleichbleibender Leistung den Vertrag mit den Beitragssätzen für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres fortzuführen.

Die Beitragssätze für den Seniorentarif sind in drei Altersgruppen aufgeteilt:

Vollendung des 67. Lebensjahres bis einschließlich 72. Lebensjahr
Vollendung des 72. Lebensjahres bis einschließlich 77. Lebensjahr
Vollendung des 77. Lebensjahres bis einschließlich 81. Lebensjahr

Maßgebend ist das Eintrittsalter bei Vertragsbeginn. Altersbedingte Änderungen des Beitrages während der Vertragslaufzeit im Seniorentarif werden nicht vorgenommen.

Mindestjahresbeitrag

30,00 EUR zuzüglich Versicherungsteuer.

Mindestrate

Die Mindestrate je Beitragsrechnung beträgt **30,00 EUR** pro Rate (zuzüglich Versicherungsteuer). Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt die Mindestrate **10,00 EUR** zuzüglich Versicherungsteuer (in Verbindung mit Bankeinzug).

Beitragsnachlässe

Bei mehr als einer versicherten Person wird ein Personennachlass von 10 % gewährt. Die für die zweite (und weitere) zu versichernde Person(en) geltenden Versicherungssummen müssen dem Gedanken der Unfallversicherung Rechnung tragen und dürfen nicht allein zum Zweck der Gewährung des Personennachlasses beantragt werden. Vor Abzug des Personenrabatts darf der niedrigste Beitrag pro Person nicht 15 % des höchsten Beitrags pro Person unterschreiten. Beispiel: Der höchste Beitrag pro Person beträgt 100,00 EUR. Der niedrigste Beitrag pro Person darf 15,00 EUR nicht unterschreiten. Der Personennachlass wird nur gewährt, wenn die zu versichernde(n) Person(en) in einer nachvollziehbaren verwandtschaftlichen Beziehung (bzw. in einer dieser vergleichbaren Beziehung) zum Versicherungsnehmer steht (stehen). Ein(e) Lebenspartner(in) in häuslicher Gemeinschaft (polizeiliche Meldung!) wird dem Ehegatten gleichgestellt.

Beitragszuschläge/ -nachlässe

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Komfortschutz Plus ist ein Beitragsnachlass von 10 % auf die Tarif-Beitragsätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Komfortschutz ist ein Beitragsnachlass von 20 % auf die Tarif-Beitragsätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Basisschutz ist ein Beitragsnachlass von 30 % auf die Tarif-Beitragsätze zu berücksichtigen.

Die Leistungen des Hilfe-Paketes sind nicht abhängig von der gewählten Leistungsstufe und unterliegen daher nicht den Leistungsstufennachlass.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung oder einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 5 % auf die Tarif-Beitragsätze zu berücksichtigen.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung und einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 10 % auf die Tarif-Beitragsätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung einer halbjährlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 3 % auf die Rate berechnet.

Bei Vereinbarung einer vierteljährlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 5 % auf die Rate berechnet.

Bei Vereinbarung einer monatlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 7 % auf die Rate berechnet.

Unsere Netto-Endbeiträge (inkl. aller Zuschläge und/oder Nachlässe) werden kaufmännisch auf volle 0,10 EUR gerundet.

Dynamik

Bei Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für Bergungskosten, kosmetische Operation, Kurbeihilfe und Hilfe-Paket sowie die anderen in den Besonderen Bedingungen genannten zusätzlichen kostenfreien Leistungen – und die Beiträge jährlich um 5 % erhöht.

Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn

- die zu versichernde Person bei Antragstellung das 67. Lebensjahr vollendet hat.
- die Höchstleistung bei Vollinvalidität 950.000 EUR übersteigt.

Eine vereinbarte Dynamik entfällt

- mit dem vollendeten 67. Lebensjahr des/der Versicherten.
- wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität (ohne Progression) 1.000.000 EUR übersteigt.

Maximale Grundsummen

Erwachsene

- Invalidität ohne Progression: 1.000.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression: 440.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression: 280.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression: 200.000 EUR
- Unfall-Rente (monatlich): mind. 100 EUR
max. 1.500 EUR
- Todesfall: 600.000 EUR
100.000 EUR (ab Vollendung des 67. Lebensjahres)

Die Todesfallsumme darf jedoch nicht höher sein als die beantragte Invaliditäts-Grundsumme.

Krankenhaustage-, Genesungsgeld:

1 ‰ aus der Invaliditäts-Grundsumme, max. 75 EUR

Übergangsleistung:

10 % der Invaliditäts-Grundsumme, max. 20.000 EUR

Maximale Grundsummen

Kinder

- Invalidität ohne Progression: 1.000.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression: 440.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression: 280.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression: 200.000 EUR
- Unfall-Rente (monatlich): mind. 100 EUR
max. 1.500 EUR
- Todesfall: 10.000 EUR

Die Todesfallsumme darf jedoch nicht höher sein als die beantragte Invaliditäts-Grundsumme.

Krankenhaustage-, Genesungsgeld:

1 ‰ aus der Invaliditäts-Grundsumme, max. 30 EUR

Übergangsleistung:

10 % der Invaliditäts-Grundsumme, max. 10.000 EUR

Beitragsfreie Leistungen

Vollschutz

- Bergungs- und Transportkosten 50.000 EUR
- Kosmetische Operationen 50.000 EUR
- Kurkostenbeihilfe 30.000 EUR

Komfortschutz Plus

- Bergungs- und Transportkosten 20.000 EUR
- Kosmetische Operationen 20.000 EUR
- Kurkostenbeihilfe 20.000 EUR

Komfortschutz

- Bergungs- und Transportkosten 10.000 EUR
- Kosmetische Operationen 10.000 EUR
- Kurkostenbeihilfe 10.000 EUR

Basisschutz

- Bergungs- und Transportkosten 10.000 EUR
- Kosmetische Operationen 10.000 EUR
- Kurkostenbeihilfe 10.000 EUR

Gefahrengruppeneinteilung

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

Gefahrengruppe A

Frauen sowie Männer ohne körperliche Berufstätigkeit

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die

- sich in einer Berufsausbildung befinden,
- kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. der Verwaltung (einschließlich Verwaltung in der Polizei, der Finanz- und Zollbehörden, der Justiz, der Feuerwehr),
- leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschließlich aufsichtsführender Meister),
- im Verkauf, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen (außer Rettungssanitäter, Tierärzte, Tierärzthelfer) tätig sind,
- Anlagen/Maschinen elektronisch steuern,
- keine berufliche Tätigkeit ausüben, wie z. B. Arbeitssuchende, Rentner, Pensionäre, Studenten (außer Sportstudenten),
- Inhaber und Beschäftigte von Betrieben des Hotel- und Gaststättengewerbes (z. B. Köche).

Gefahrengruppe B

Frauen sowie Männer mit körperlicher Berufstätigkeit

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die

- körperliche oder handwerkliche Berufsarbeit - auch gelegentlich - (einschließlich mitarbeitende Meister) verrichten,
- Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten,
- im Labor tätig sind, mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen umgehen,
- Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren,

- als Berufskraftfahrer, als Kurier, in der Landwirtschaft tätig sind,
- bei der Polizei, bei der Steuer-/Zollfahndung, bei der Feuerwehr, als Wachbedienstete tätig sind,
- als Sport-, Fitness- oder Tanzlehrer bzw. Trainer tätig sind, Sport studieren,
- mit Tieren arbeiten.

Nicht versicherbare Berufe

Alle Personen, die eine im Berufsgruppenverzeichnis unter „Nicht versicherbare Berufe“ (Seite 53) genannte Tätigkeit ausüben.

Gefahrengruppe K

Alle Kinder und Jugendliche

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Zuordnung gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Danach erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A oder B.

Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind möglichst namentlich mit Geburtsdatum zu benennen. Unterbleibt die Benennung, gilt bei Unfalltod einer versicherten Person die gesetzliche Erbfolge.

Gesundheitsfragen

Bestehen oder bestanden

- Beeinträchtigungen, die in den letzten 5 Jahren zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben,
- Beeinträchtigungen, die regelmäßig (täglich oder in bestimmten Intervallen) wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten in den letzten 12 Monaten mit Medikamenten behandelt wurden,
- Beeinträchtigungen, die zu einer Schwerbehinderung geführt haben oder
- Sehbehinderungen von -8 oder mehr Dioptrien?

Bei Wahl der Leistungsstufe Basisschutz erfolgt keine Gesundheitsprüfung. Die Gesundheitsfrage ist in diesem Fall nicht zu beantworten.

Besondere Risikoprüfung für den Verzicht einer Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallbedingten Krankheiten oder Gebrechen

In der Leistungsstufe Vollschutz ist es unter bestimmten Voraussetzung möglich, dass auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen verzichtet wird (Ziffer 3 AUB 2014).

Die Voraussetzungen liegen vor, wenn:

1. Die Gesundheitsfrage im Antrag für die betreffende Person mit „nein“ beantwortet werden kann.
2. Die Gesundheitsfrage mit „ja“ beantwortet werden musste und eine eingehende Risikoprüfung ergeben hat, dass eine Mitversicherung des Verzichtes einer Leistungskürzung möglich ist.

Die Prüfung gemäß Ziffer 2 hat keinen Einfluss auf die normale Annahmeprüfung bei Bestehen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

VIII Berufsgruppenverzeichnis der nicht versicherbaren Berufe



Nicht versicherbare Berufe

Abrissarbeiter/-helfer
Angestellte der Bundeswehr
Artisten/Akrobaten
Beschäftigte im Zusammenhang mit Atomrisiken
Bergführer
Bergleute
Berufssoldaten
Berufstaucher

Berufs-/Vertrags- und Lizenzsportler
Besatzungen von Ölplattformen
Bewachungspersonal im Personenschutz
Brückenbauer
Feuerwerker/Pyrotechniker
Flugzeugbesatzungen/Drachenflieger
Gerüstbauer
Kaminbauer

Kriegsteilnehmer
Kopfschlächter
Schiffsbesatzungen
Schornsteinfeger
Sprengpersonal
Stuntmen
Such- und Räumungspersonal
für Munition/explosive Stoffe

Die Haftpflichtkasse VVaG hat sich zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet. Diese wurden gemeinsam vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. aufgestellt.

Die Regeln gehen freiwillig über die geltenden Datenschutzvorschriften hinaus und unterstreichen, dass der Schutz der Kundendaten oberste Priorität hat. Die Versicherungsbranche nimmt mit dieser Selbstverpflichtung eine Vorreiterrolle beim Thema Datenschutz ein.

Der vollständige Wortlaut der Verhaltensregeln ist unter <https://www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz/Code-of-Conduct/> abrufbar.

Firma, Sitz, Geschäftsgebiet

§ 1

1. Der im Jahre 1898 gegründete Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG).
2. Der Name lautet „Die Haftpflichtkasse VVaG“.
3. Der Sitz des Vereins ist Roßdorf bei Darmstadt.
4. Geschäftsgebiet des Vereins ist das In- und Ausland.

§ 2

Der Zweck des Vereins ist, Mitglieder und Nichtmitglieder nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen zu versichern. Er betreibt das Versicherungsgeschäft nur als Erstversicherer.

Mitgliedschaft

§ 3

Die Mitgliedschaft wird durch Abschluss eines Versicherungsvertrages oder durch Eintritt in einen bestehenden Versicherungsvertrag erworben.

Die Mitgliedschaft endet, wenn kein Versicherungsverhältnis mehr mit dem Mitglied besteht. Die Mitgliedschaft ist übertragbar und vererblich.

Der Verein kann auch Nichtmitglieder gegen feste Entgelte versichern.

Leistungen der Mitglieder

§ 4

Die Mitglieder haben jährliche Beiträge nach den Tarifen, die der Vorstand des Vereins festsetzt, zu entrichten.

Die Beiträge werden von den Mitgliedern im Voraus erhoben. Nachschüsse werden nicht erhoben. Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

Verlustrücklage, Verwendung des Überschusses

§ 5

1. Zur Deckung eines außergewöhnlichen Verlustes aus dem Geschäftsbetrieb ist eine Verlustrücklage zu bilden. Die Verlustrücklage muss mindestens 35 % der Beitragseinnahmen für eigene Rechnung betragen. Solange die Verlustrücklage diesen Mindestbetrag nicht erreicht hat, ist ihr der gesamte Jahresüberschuss zuzuführen.
2. Ist der Mindestbetrag erreicht, sind der Verlustrücklage mindestens 10 % des Jahresüberschusses zuzuführen. Darüber hinaus ist der Teil des Jahresüberschusses der Verlustrücklage zuzuführen, der unter Beachtung kaufmännischer Grundsätze zur Aufrechterhaltung und Entwicklung des Geschäftsbetriebes des Vereins notwendig ist.
3. Von der Zuführung zur Verlustrücklage kann mit Genehmigung der Mitgliederversammlung abgesehen werden.

§ 6

1. Ein verbleibender Jahresüberschuss, der nicht der Verlustrücklage gemäß § 5 zugeführt wird, ist der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuführen.
2. Über den Zeitpunkt der Beitragsrückerstattung und über die Höhe des gesamten zur Beitragsrückerstattung vorgesehenen Betrages entscheidet die Mitgliederversammlung auf gemeinsamen Vorschlag von Aufsichtsrat und Vorstand. Der anteilige Betrag der Beitragsrückerstattung für das einzelne Mitglied richtet sich nach der vom Mitglied geleisteten Jahresprämie. Die Beitragsrückerstattung wird nicht ausbezahlt, wenn sie weniger als 10 % der Jahresprämie betragen würde. Mitglieder, deren Vertragsverhältnis im letzten Geschäftsjahr nicht schadenfrei verlaufen ist, können von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen werden. Von der Beitragsrückerstattung sind ausgeschlossen Mitglieder, die im Laufe des Geschäftsjahres beigetreten oder ausgeschieden sind. Die Beitragsrückerstattung kann in der Form erfolgen, dass eine Verrechnung mit dem nächstfälligen Jahresbeitrag stattfindet.

Vermögensanlage

§ 7

Für die Anlegung des Vermögens gelten die gesetzlichen Vorschriften und Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde.

Geschäftsjahr

§ 8

Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

Bekanntmachungen

§ 9

Die Bekanntmachungen des Vereins erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

Verfassung und Geschäftsführung

§ 10

Die Organe des Vereins sind:

1. Der Vorstand,
2. der Aufsichtsrat und
3. die Mitgliederversammlung

Die Mitglieder der Organe des Vereins müssen Mitglieder des Vereins sein. Sie dürfen nicht den Organen anderer Versicherungsunternehmen angehören. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung des für die Bestellung zuständigen Organs des Vereins.

Vorstand

§ 11

Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen, die vom Aufsichtsrat bestellt werden. Der Verein wird gesetzlich durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten. Der Vorstand führt die Geschäfte des Vereins nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der vom Aufsichtsrat aufgestellten Geschäftsordnung. Der Vorstand hat in den ersten drei Monaten des Geschäftsjahres für das vergangene Geschäftsjahr die Jahresbilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung (Jahresabschluss) sowie den Geschäftsbericht aufzustellen und den Abschlussprüfern vorzulegen.

Aufsichtsrat

§ 12

Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen. Die Aufsichtsratsmitglieder werden für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung bestellt, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet. Jedes Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt unter Einhaltung einer vierwöchigen Kündigungsfrist auch ohne wichtigen Grund niederlegen. Die Kündigung ist dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates oder seinem Stellvertreter sowie dem Vorstand mitzuteilen. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied während seiner Amtszeit aus, so wählt die auf diesen Zeitpunkt folgende nächste Mitgliederversammlung den Nachfolger für die volle Amtszeit.

§ 13

1. Der Aufsichtsrat wählt alljährlich nach der ordentlichen Mitgliederversammlung aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter. Scheiden im Laufe einer Wahlperiode der Vorsitzende oder der Stellvertreter aus ihrem Amte aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen vorzunehmen.
2. Aufsichtsräte scheiden mit dem dem 72. Geburtstag folgenden Mitgliederversammlung aus ihrem Amt.
3. Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrates erfolgt durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter schriftlich, fernmündlich oder durch elektronische Medien.
4. Die Beschlüsse des Aufsichtsrates werden in den Sitzungen gefasst, Beschlussfassung in schriftlicher Form oder durch elektronische Medien ist zulässig, wenn der Vorsitzende des Aufsichtsrates aus besonderen Gründen eine solche Beschlussfassung anordnet und kein Mitglied des Aufsichtsrates diesem Verfahren widerspricht.
5. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder anwesend sind. Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse mit Stimmmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden, bei Wahlen das Los den Ausschlag. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende. Bei schriftlicher Stimmabgabe oder durch elektronische Medien gelten die Bestimmungen entsprechend.
6. Willenserklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter abgegeben. Über die Verhandlungen und Beschlüsse des Aufsichtsrates ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden des Aufsichtsrates oder seinem Stellvertreter zu unterzeichnen ist.

§ 14

Dem Aufsichtsrat obliegt die gesetzlich vorgesehene Überwachung der Geschäftsführung des Vorstandes. Er kann eine Geschäftsordnung für den Vorstand festlegen und in dieser Geschäftsordnung bestimmen, für welche Fälle er sich das Recht der Zustimmung vorbehält. Grundsätzlich bedarf der Vorstand der Zustimmung des Aufsichtsrates:

- a) zur Erteilung von Prokuren,
- b) zur Aufnahme langfristiger Verbindlichkeiten,
- c) zum Erwerb und der Veräußerung von Grundeigentum.

§ 15

Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten eine jährliche Vergütung, über deren Höhe die Mitgliederversammlung beschließt.

Mitgliederververtretung

§ 16

1. Oberste Vertretung des Vereins ist die Mitgliederververtretung. Sie vertritt die Gesamtheit der Mitglieder.
2. Die Mitgliederververtretung besteht aus höchstens 24, mindestens 16 Mitgliedern, die von ihr selbst auf 6 Jahre gewählt werden. Alle 2 Jahre sollen 1/3 der Mitgliedervertreter gewählt werden. Die Wiederwahl ist zulässig. Wählbar sind alle volljährigen Mitglieder des Vereins, die das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Nicht wählbar sind Mitglieder des Aufsichtsrates sowie Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit dem Verein oder in den Diensten eines anderen Versicherers stehen. Ausnahmen können zugelassen werden. Die Mitgliederversammlung soll den repräsentativen Querschnitt der Vereinsmitglieder bilden, insbesondere der Bereiche Geschäfts- und Privatkunden.
3. Die Mitglieder der ersten Mitgliederververtretung werden von der Hauptversammlung gewählt, die über die Satzungsänderung zur Einführung einer Mitgliederververtretung beschließt, und zwar unmittelbar nachdem diese Satzungsänderung beschlossen worden ist. Vorschlagsberechtigt für die Wahl sind der Aufsichtsrat, der Vorstand sowie die anwesenden Mitglieder. Im Hinblick auf die Bestimmung in Absatz 2 dieses Paragraphen, wonach 1/3 der Mitgliedervertreter alle 2 Jahre gewählt werden, werden bei der Wahl der ersten Mitgliederververtretung 1/3 der Mitgliedervertreter für 2 Jahre, 1/3 der Mitgliedervertreter für 4 Jahre, 1/3 der Mitgliedervertreter für 6 Jahre gewählt.

Wahlverfahren

§ 17

1. Die Wahlen zur Mitgliederververtretung sind geheim. Gewählt wird mit Stimmzetteln.
2. Der Vorstand stellt für jede Wahl mindestens einen Wahlkandidaten auf. Aufsichtsrat und Mitgliederververtretung können eigene Vorschläge aufstellen. Die Vorschläge müssen einen Monat vor der Mitgliederversammlung beim Vorstand eingegangen sein.
3. Gewählt werden kann nur ein Kandidat, für den ein form- und fristgerechter Wahlvorschlag vorliegt.
4. Jeder Wahlberechtigte hat soviel Stimmen wie Personen zu wählen sind. Er darf keinem Kandidaten mehr als eine Stimme geben.
5. Gewählt ist, wer die Stimmen von mehr als der Hälfte der Wahlberechtigten auf sich vereinigt. Trifft das für mehrere Kandidaten zu, entscheidet die höhere Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit das Los.
6. Wird ein zweiter Wahlgang erforderlich, ist gewählt, wer die Stimmen von mindestens 6 an der Wahl teilnehmenden Wahlberechtigten auf sich vereinigt. Trifft das für mehrere Kandidaten zu, entscheidet die höhere Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit das Los.
7. Ein weiterer Wahlgang findet in derselben Mitgliederversammlung nicht statt.

Mitgliederversammlungsversammlung

§ 18

1. Die Mitgliederversammlung wird durch den Vorstand einberufen. Sie soll am Sitz des Vereins oder an einem anderen Ort der Bundesrepublik Deutschland in den ersten 8 Monaten eines jeden Jahres stattfinden. Die Einberufung muss unter Angabe der Firma, des Sitzes der Gesellschaft, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung der Versammlung mindestens 1 Monat vor dem Tage der Versammlung nach den gesetzlichen Vorschriften bekannt gemacht werden. Anträge zu Gegenständen der Tagesordnung, über welche die Mitgliederversammlung beschließen soll, müssen mindestens 2 Wochen vor der Mitgliederversammlung durch eingeschriebenen Brief dem Vorstand eingereicht werden.
2. Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter oder ein vom Vorsitzenden zu bestimmendes Aufsichtsratsmitglied.
3. Das Stimmrecht kann nur persönlich ausgeübt werden.
4. Der Versammlungsleiter kann eine von der Ankündigung der Tagesordnung abweichende Reihenfolge der Verhandlungsgegenstände bestimmen.
5. Die Versammlung ist bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Mitgliedervertreter beschlussfähig. Ist die erforderliche Anzahl nicht erschienen, so darf die folgende Versammlung über die Gegenstände der gleichen Tagesordnung beschließen, wenn in der Einladung darauf hingewiesen wird, dass diese Versammlung ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Mitgliedervertreter beschlussfähig ist. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz und Satzung nicht anderes

bestimmen, mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende. Auf Antrag eines Mitgliedervertreters wird geheim abgestimmt.

6. Soweit die gesetzlichen Vorschriften einer Minderheit Rechte gewähren, stehen diese einer Minderheit von 5 Mitgliedervertretern zu.
7. Scheiden Mitgliedervertreter vorzeitig – beispielsweise durch freiwilligen Austritt – aus, so können die Mitgliedervertreter in der nächsten Mitgliederversammlung Ersatzmitglieder wählen. Die Amtszeit der Ersatzmitglieder währt so lange, wie das Amt der Ausgeschiedenen gewährt hätte, an deren Stelle sie getreten sind.
8. Mitgliedervertreter können wegen grober Verletzung ihrer Pflichten oder aus einem anderen wichtigen Grunde – beispielsweise bei Insolvenz des Mitgliedervertreters oder Beteiligung an einem anderen Versicherungsunternehmen oder Vertretung eines anderen Versicherungsunternehmens – von der Mitgliederververtretung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen ausgeschlossen werden.
9. Die Mitgliederververtretung gibt sich eine Geschäftsordnung, die Regelungen zur inneren Ordnung und Vergütung enthält.

Vergütung

§ 19

Die Mitgliedervertreter erhalten eine Vergütung für Reiseaufwand und Zeitaufwand. Die Höhe der Vergütung wird auf Vorschlag des Vorstands durch Beschluss des Aufsichtsrates festgesetzt.

Vorschlagsrecht der Mitglieder

§ 20

Die Vereinsmitglieder können Vorschläge für die Wahl zur Mitgliederververtretung und Anträge zur Beschlussfassung durch die Versammlung der Mitgliedervertreter beim Vorstand bis 2 Monate vor der Mitgliederversammlung einbringen und ein Vereinsmitglied zur mündlichen Begründung in die Versammlung entsenden, wenn die Vorschläge oder Anträge von mindestens 100 Vereinsmitgliedern unterzeichnet sind.

Satzung und Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 21

Änderungen der Satzung werden von der Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen beschlossen. Zu Änderungen, die nur die Fassung betreffen oder von der Aufsichtsbehörde gefordert werden, ist der Aufsichtsrat ermächtigt, der diese Änderungen mit einfacher Stimmenmehrheit beschließt.

Der Vorstand wird ermächtigt, allgemeine Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.

Auflösung des Vereins

§ 22

Die Auflösung des Vereins oder die Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen kann beantragt werden:

1. vom Vorstand
2. vom Aufsichtsrat

Die Auflösung des Vereins kann nur in einer ausdrücklich zu diesem Zwecke berufenen Mitgliederversammlung in namentlicher Abstimmung mit drei Vierteln der abgegebenen Stimmen beschlossen werden. Ist in der Mitgliederversammlung weniger als die Hälfte sämtlicher Mitgliedervertreter anwesend, so ist binnen vier Wochen eine zweite Mitgliederversammlung mit derselben Tagesordnung zu berufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der dann erschienenen Mitgliedervertreter die Auflösung mit Dreiviertel-Stimmenmehrheit beschließen kann. Bei der Berufung ist auf diese Rechtsfolge hinzuweisen. Bei Auflösung des Vereins erlöschen die Versicherungsverhältnisse mit dem Ablauf von vier Wochen nach Genehmigung des Auflösungsbeschlusses durch die Aufsichtsbehörde. Die Abwicklung erfolgt durch den Vorstand; doch kann die Mitgliederversammlung auch andere Personen zu Abwickeln wählen. Nach Beendigung der Abwicklung ist eine Schlussrechnung aufzustellen und der Mitgliederversammlung zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen, die auch über die Verwendung des nach Berichtigung der Schulden etwa noch verbleibenden Vereinsvermögens beschließt. Im Übrigen finden die gesetzlichen Bestimmungen Anwendung.

Die Haftpflichtkasse VVaG

Darmstädter Straße 103, 64380 Roßdorf

„Letzte Änderungsgenehmigung durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungs- und Pensionsfonds-aufsicht vom 10.10.2017 (GZ: VA 33 – I- 5002-5374 – 2017/0001).“

**Die Haftpflichtkasse VVaG**

Sitz der Gesellschaft:
Roßdorf bei Darmstadt
Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift

Darmstädter Straße 103
64380 Roßdorf, Deutschland

Postfach 11 26
64373 Roßdorf, Deutschland

Service-Center

T +49 61 54 / 6 01-12 77
F +49 61 54 / 6 01-22 88
info@haftpflichtkasse.de
www.haftpflichtkasse.de

Bankkonten

Bank Schilling & Co. AG Darmstadt
IBAN DE02 7903 2038 0018 7070 00 BIC: BSHADE71

Postbank Frankfurt/Main
IBAN DE10 5001 0060 0003 8086 09 BIC: PBNKDEFF

USt.-IdNr. DE114107077

VersSt-Nr. 807/V90807010505

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Reinhold Gleichmann

Vorstand

Karl-Heinz Fahrenholz (Vorsitzender)
Roland Roider