

Vertragsunterlagen Verbraucherinformationen

Unfallversicherung

Stand 07/2025



Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich für unsere Unfallversicherung interessieren.

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

Inhaltsverzeichnis

I	Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung	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	12
VI	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU) – Stand 01.06.2019	21
VII	Klauseln, BBU Reha-Management, BBU Hilfe-Paket.....	42
VIII	Allgemeine Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung	54
IX	Einwilligung zur Nutzung des elektronischen Kommunikationsweges - Papierlosnachlass	60
X	Hinweis zum Datenschutz	61
XI	Satzung	62

Unfall-Versicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Die Haftpflichtkasse VVaG

Unfall-Versicherung

Einfach Komplett / Einfach Besser /
Einfach Gut

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?

a) 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.)
- ✓ Reha-Management

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenkarthrose, 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:
Roman Blaser

Vorstand:
Dr. Frank Welfens, Vorsitzender
Dr. Claus Hunold
Sascha Quillet

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 Versicherungssteuer 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.

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- als Verbraucher i.S.d. Bürgerlichen Gesetzbuches das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

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 der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsschein unter dem Punkt Beitragszahlung genannten Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung / Die Haftpflichtkasse VVaG

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 und Klauseln. 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	13
1. Was ist versichert?	13
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?	13
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	13
2.1 Invaliditätsleistung	13
2.2 Unfallrente	14
2.3 Übergangsleistung	15
2.4 Tagegeld	15
2.5 Krankenhaustagegeld	15
2.6 Todesfallleistung	15
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?	15
3.1 Krankheiten und Gebrechen	14
3.2 Mitwirkung	14
4. Was ist nicht versichert?	16
4.1 Ausgeschlossene Unfälle	16
4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	15
5. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	17
5.1 Umstellung des Kindertarifs	16
5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	16
Der Leistungsfall	17
6. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	17
7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	17
8. Wann sind die Leistungen fällig?	17
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	18
9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	18
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	18
10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	18
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	19
11. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	19
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?	19
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?	20
13.1 Gesetzliche Verjährung	19
13.2 Aussetzung der Verjährung	19
14. Welches Gericht ist zuständig?	20
15. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	20
16. Welches Recht findet Anwendung?	20

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 Todesfalleistung (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 • im beruflichen oder außerberuflichen Bereich • ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen • zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.
2.3.1.2	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:</i> Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.
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 • in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und • in ärztlicher Behandlung.
2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind • die vereinbarte Versicherungssumme und • der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich • 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. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. <i>Beispiel:</i> 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. Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.
2.5	Krankenhaustagegeld
2.5.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person • ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder • unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 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. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
2.5.2	Höhe und Dauer der Leistung Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld • für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls. • für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6	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 • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
2.7.2	Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2.8	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
2.8.1	Voraussetzungen für die Leistung Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten • für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder • für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden. Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
2.8.2	Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten 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:</i> Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.
3.2	Mitwirkung Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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 auf unserer Homepage. Den Link entnehmen Sie bitte den allgemeinen Tarifbestimmungen.

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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

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

8. Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. 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 (BBU) – Stand 01.06.2019



Inhaltsverzeichnis

1. Produktlinie UV Einfach Komplett.....	21
2. Produktlinie UV Einfach Besser	31
3. Produktlinie UV Einfach Gut.....	37
4. UV Klauseln	42
5. Besondere Bedingungen für Rehabilitationsleistungen in der Unfallversicherung	50
6. Besondere Bedingungen für das Hilfe-Paket	52

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

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach der für die versicherte Person vereinbarten Produktlinie Einfach Komplett, Produktlinie Einfach Besser oder Produktlinie Einfach Gut, sowie den vereinbarten Klauseln. Die jeweils vereinbarte Produktlinie und die dazu gewählten Klauseln ergeben sich aus dem Vertrag.

Die Besonderen Bedingungen für Rehabilitationsleistungen in der Unfallversicherung liegen dem Vertrag zugrunde, soweit die Leistung „BBU Reha-Management“ vereinbart ist.

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

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.

1. Produktlinie UV Einfach Komplett

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2014	22
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	22
1. Vergiftungen durch Gase, Dämpfe oder Einatmung sonstiger schädlicher Stoffe	22
2. Ertrinken und Erstickten	22
3. Erfrieren / Erfrierung	22
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	22
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	22
6. Höhenkrankheit	22
7. Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen	22
8. Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung	22
9. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	22
10. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	23
11. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen	23
12. Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge	23
13. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall	23
14. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen	23
15. Oberschenkelhalsfraktur, Armfraktur	23
16. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	23
B. Erweiterungen der Leistungen	23
17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	23
18. Helmklause	23
19. Sofortleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	23
20. Unfall-Rente	24
21. Übergangsleistung	24
22. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	24
23. Komageld	24
24. Pflegegeld	24
25. Todesfallleistung	24
26. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	24
27. Bergungs-, Such- und Transportkosten	24
28. Kurkostenbeihilfe / Reha-Kosten	25
29. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	25
30. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	25
31. Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen	25
32. Heilbehandlungen im Ausland	25
C. Krankheiten und Gebrechen	25
33. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	25
D. Abänderungen zu den Ausschlüssen	26
34. Bewusstseinsstörungen	26
35. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	26
36. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	26
37. Passives Kriegsrisiko	26
38. Luftfahrtunfälle	26
39. Fahrtveranstaltungen	26
40. Blutungen innerer Organe / Gehirnblutungen	26
41. Strahlenschäden	26
42. Heilmaßnahmen	26
43. Infektionen	26
44. Infektionsklause für Heilberufe	27
45. Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen und -Allergien	27
46. Psychische Erkrankung durch Unfall	27
E. Berufswechsel	27
47. Versehensklause bei Berufswechsel	27
F. Erweiterungen zu den Obliegenheiten	27
48. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	27
49. Verdienstausschlag	27
50. Meldefrist bei Unfalltod	27
51. Versehensklause	27
G. Fälligkeit der Leistung	27
52. Vorschussleistung	27
53. Neufeststellung der Invalidität	27
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	27
54. Beginn des Versicherungsschutzes bei Versicherer-Wechsel	27
55. Arbeitslosigkeit	27
56. Arbeitsunfähigkeit	28
57. Kündigungsfristverkürzung bei Umstellung des Kinder-Tarifs	28
58. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	28
59. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebens- partnerschaft	28
60. Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst	28
I. Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag	28
61. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	28
62. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	28
J. Besserstellungsklausel, Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen	29
63. Besserstellungsklausel	29
64. Anpassung des Beitrages	29
65. Innovationsgarantie	29
66. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	29
K. Zusätzliche Leistungen bei Kindern	29
67. Rooming-in	29
68. Vergiftungen / Verätzungen bei Kindern unter 18 Jahren	29
69. Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder	29
70. Vollwaisen-Rente	30
71. Nachhilfeunterricht	30
72. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychothe- rapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion:	30
II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres	30
1. Anpassung auf Seniorentarif	30
2. Mitwirkungsklausel ab Vollendung des 65. Lebensjahres	30
3. Wegfall vereinbarte Klauseln ab Vollendung des 65. Lebensjahres	30
4. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres	30

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

I. Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs

(zu Ziffer 1 AUB 2014)

1. Vergiftungen durch Gase, Dämpfe oder Einatmung sonstiger schädlicher Stoffe

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe, sowie das unbeabsichtigte Einatmen schädlicher Stoffe, sind mitversichert. Als „plötzlich“ werden Einwirkungen von bis zu 7 Tagen angesehen.

2. Ertrinken und Erstickten

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod.

3. Erfrieren / Erfrierung

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen und der Tod aufgrund von Erfrieren.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Höhenkrankheit

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

7. Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Explosions-, Schall- oder Druckwellen.

8. Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen.

9. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

- Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet, maximal 100.000 EUR.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

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

10. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

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.

11. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

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

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

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall, auftreten.

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

Als Unfallereignis gilt auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. In diesem Fall verzichten wir auch auf eine Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten gemäß Ziffer 3 AUB 2014.

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.

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

Als Unfallereignis gelten 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.

15. Oberschenkelhalsfraktur, Armfraktur (zu Ziffer 1.3 und 1.4 AUB 2014)

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von einem Unfallereignis – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur erleidet.

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

Die Invalidität muss

- innerhalb von 24 Monaten eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten geltend gemacht, sowie ärztlich festgestellt sein.

Die Fristen beginnen vom Unfalltag an gerechnet.

B. Erweiterungen der Leistungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 20% der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR, bei folgenden schweren Verletzungen fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes
- c) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche

d) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades

e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %

f) Gewebezerstörende Schäden an zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Sind beide Lungenflügel oder beide Nieren betroffen, wird ebenfalls eine Leistung fällig.

g) Kombination aus mindestens zwei Knochenbrüchen der folgenden Bereiche

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle und Speiche)
- Handwurzelknochen (Kahnbein, Mondbein, Dreiecksbein, Erbsenbein, großes und kleines Vieleckbein, Kopfbein und Hakenbein)
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- und Wadenbein)
- Kniescheibe
- Fußwurzelknochen (Sprungbein, Fersenbein, Kahnbein, Würfelbein und 1. bis 3. Keilbein)
- Wirbelkörper
- Beckenring.

Der Bruch eines oder mehrerer Knochen innerhalb eines Bereiches auf der gleichen Seite (z.B. nur linker Unterarm) gilt als 1 Knochenbruch, wonach keine Leistung erbracht wird.

Ist der Bruch eines oder mehrerer Knochen innerhalb eines Bereiches an unterschiedlichen Seiten (z.B. beide Kniescheiben, Speiche am rechten und linken Unterarm), wird die Leistung fällig.

h) Kombination aus mindestens einem Organ nach f) und einem Knochenbruch nach g).

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

18. Helmklausel (zu Ziffer 2.1 AUB 2014)

Bei sportlichen Aktivitäten, wie z.B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten usw., wird bei unfallbedingten Kopfverletzungen die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 25 % erhöht, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein handelsüblicher geeigneter Helm getragen wurde.

Die Invaliditätsleistung wird hierdurch maximal um 100.000 € erhöht.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

19. Sofortleistung 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 17. BBU Einfach Komplett).

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.

20. Unfall-Rente

(zu Ziffer 2.2 AUB 2014)

Die vereinbarte Gliedertaxe wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

Vereinbarte

- in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen)
- progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall

bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

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. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- 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.

21. Übergangsleistung

(zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die vereinbarte Übergangsleistung wird zu 50% bereits geleistet, wenn die versicherte Person unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- um 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen 3 Monate bestanden hat.

Dieser bereits geleistete Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.3.2 AUB 2014 angerechnet.

22. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

Krankenhaustagegeld

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt.

Genesungsgeld

Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

Voraussetzungen für die Genesungsgeldleistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch geleistet bei

- einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt oder im Erholungsheim.
- einer unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, für insgesamt 7 Tage.
Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.
- einem durch bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung erlittenen Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch für insgesamt 7 Tage.
- einem Krankenhausaufenthalt im Ausland, in doppelter Höhe.
- einer Nachbehandlung über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.

Zusätzliche Leistungen:

- 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.
- Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von

13 EUR pro nachgewiesenen Behandlungstag erstattet, sofern Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist.

23. Komageld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

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 und Genesungsgeldes, mindestens jedoch in Höhe von 30 EUR

für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet.

24. Pflegegeld

(zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

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 30 EUR

für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 61a und § 61b Sozialgesetzbuch XII ist.

25. Todesfallleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

Die vereinbarte Todesfallsumme wird auch geleistet, wenn

- ein Unfall aufgrund Bewusstseinsstörungen vorliegt. Die Abschlussbestimmungen nach Ziffer 4.1.1 AUB 2014 werden nicht angewandt.
- der Versicherte innerhalb der ersten 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt verstirbt. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
- die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollengesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verscholltheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Die doppelte vereinbarte Todesfallsumme leisten wir, wenn

- beide versicherte Eltern infolge desselben Unfalls versterben und leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurückbleiben, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.
- die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt wird. Die Gesamtleistung ist auf 50.000 EUR begrenzt.

26. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

(zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

Ergänzend leisten wir für nachgewiesene

- Zahnarztkosten
- Zahnbehandlungskosten
- Zahnersatzkosten
- Zahnlaborkosten

soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

Die Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz werden 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.

27. Bergungs-, Such- und Transportkosten

(zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend gilt Folgendes vereinbart:

- Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- Wir ersetzen die Mehrkosten 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.

- 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.
- Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Mehrkosten der Heimreise- und Übernachtungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Neben den Mehrkosten für die Heimreise und Übernachtung übernehmen wir bis zu 300 EUR pro Person auch zusätzliche Verpflegungskosten. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen tragen wir die entstehenden Kosten für die Begleitperson.
- Muss die alleinreisende versicherte Person aufgrund eines während einer Reise erlittenen Unfalls im Krankenhaus behandelt werden und dauert der Krankenhausaufenthalt am Unfallort über den geplanten Rückreisetermin hinaus an, so übernehmen wir darüber hinaus für eine nahestehende Person die für den Krankenbesuch entstehenden Verpflegungs- und Übernachtungskosten bis 300 EUR, sowie die Hin- und Rückreisekosten (maximal für die Entfernung zwischen dem Wohnsitz der versicherten Person und des Ort des Krankenhausaufenthaltes).
- 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.

Die Bergungs-, Such- und Transportkosten werden 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.

28. Kurkostenbeihilfe / Reha-Kosten

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Wir leisten nach einem unter den Vertrag fallenden Unfallereignis eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten, wenn die versicherte Person

- innerhalb von 3 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.

Die Kurkostenbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

Die Kurkostenbeihilfe 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.

29. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Wir übernehmen innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall entstehende Kosten bis zur Höhe von 30.000 EUR, sofern die folgenden Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

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

30. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

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 folgender Hilfsmittel notwendig:

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- 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.

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

31. Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Falls infolge eines Unfallereignisses 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 3 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.

32. Heilbehandlungen im Ausland

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

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 3 Monate im Jahr aufhält.

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).

Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort nicht erhältlich, übernehmen wir die entstehenden Versandkosten für die Zusendung, sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

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

(zu Ziffer 3 AUB 2014)

33. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

(zu Ziffer 3 AUB 2014)

Auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen wird verzichtet.

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

34. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Alkoholkonsum
- Einnahme von Medikamenten
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Herz- und Kreislaufstörungen
- Zuckerschok
- Einwirkung von Witterungsbedingungen
- Epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit)
- Einschlafen infolge Übermüdung
- Schlafwandeln
- Ohnmachtsanfälle
- Erschrecken

fallen unter den Versicherungsschutz.

Ausnahme:

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

Zusätzlich 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.

Mitversichert sind auch sonstige, bisher nicht genannte Bewusstseinsstörungen.

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

35. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist 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.

36. Selbstgebaute Feuerwerkskörper (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

37. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird und so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 28 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

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 der oben genannten Ausreisebemühungen unumgänglich.

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

38. Luftfahrtunfälle (zu Ziffer 4.1.4 AUB 2014)

Wir gewähren Versicherungsschutz

- für sonstige, nicht zur Besatzung zählende Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben (z.B. für

Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen),

- für Passagiere in Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten (z.B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- für Flugschüler,
- beim Kitesurfen.

39. Fahrtveranstaltungen (zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)

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, sind mitversichert.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten ebenfalls 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.

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

Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen gelten als mitversichert, sofern diesen Blutungen ein Unfallereignis zugrunde liegt, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

41. Strahlenschäden (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert. Lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie sind ausgeschlossen.

42. Heilmaßnahmen (zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als ein unter den Ausschluss fallender Eingriff.

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

Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls versichert:

- Cholera
- Diphtherie
- Gürtelrose
- Keuchhusten
- Lepra
- Masern
- Mumps
- Paratyphus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Spinale Kinderlähmung
- Tuberkulose
- Typhus
- Windpocken.

Voraussetzung:

Der Ausbruch der Infektionserkrankung fand frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn statt. Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit ereignete.

Zusätzlich versichert gelten Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden, wie

- Borreliose
- Brucellose
- Dreitagefieber
- Enzephalitis
- Fleckfieber
- FSME
- Gelbfieber
- Malaria
- Meningitis
- Pest

wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.

Als Unfallereignis gelten auch

- Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen.
- sonstige Folgen von Insektenstichen und -bissen (z.B. allergische Reaktionen).
- Wundinfektionen und Blutvergiftungen.
- sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, einschließlich allergischer Reaktionen, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion stattfinden, gelten als Krankenhaustagegeld- und Genesungsgeldauslösender Krankenhausaufenthalt.

44. Infektionsklausel für Heilberufe (zu Ziffer 1.3 und Ziffer 4.2.4 AUB 2014)

Soweit die versicherte Person in einem Heilberuf tätig ist, besteht Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer Berufstätigkeit infiziert. Dabei muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise in den Körper gelangt sind:

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen (Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose).

45. Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen und -Allergien (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Folgen von

- Nahrungsmittelvergiftungen und Nahrungsmittelallergien
- Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- Vergiftungen durch Pflanzen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war

sind mitversichert.

46. 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.

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund Überfall, Geiselnahme, Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades oder aufgrund schwerer Verletzungen nach Ziffer 17. 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. Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

47. 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. Erweiterungen zu den Obliegenheiten (zu Ziffer 6 AUB 2014)

48. 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 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.

49. Verdienstaussfall (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaussfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages.

Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 1.000 EUR.

50. Meldefrist bei Unfalltod (zu Ziffer 6.5 AUB 2014) Ziffer 6.5 AUB 2014 wird gestrichen.

51. 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)

52. Vorschussleistung (zu Ziffer 8 AUB 2014)

Ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist. Höchstens bis zur vereinbarten Invaliditätssumme.

53. Neufeststellung der Invalidität (zu Ziffer 8.4 AUB 2014)

Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens

- 2 Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns,
- 5 Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie,

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.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer (zu Ziffer 9 AUB 2014)

54. Beginn des Versicherungsschutzes bei Versicherer-Wechsel (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrages (12:00 Uhr mittags) und des Beginns diesen Vertrages (24:00 Uhr bzw. 00:00 Uhr) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum Versicherungsschutz.

55. Arbeitslosigkeit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

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.

Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Versicherungssummen.

Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate nach den Bedingungen der Unfallversicherung Einfach Komplett.
- Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
- Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
- Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit. Ihre schriftliche Mitteilung bzgl. der Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns innerhalb von 2 Monaten zuzusenden.

Auf Ihren Wunsch wird die Beitragsfreistellung ohne Versicherungsschutz fortgeführt.

Die Beitragsfreistellung endet ohne eine besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 3 Jahre andauert.

Nach der Beendigung der Beitragsfreistellung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Beiträge, die schon für die Zeit der Beitragsfreistellung gezahlt sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet, die nach der Beitragsfreistellung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsfreistellung.

56. Arbeitsunfähigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2014)

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.

Art und Höhe der Leistung:

- Nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn der Unfallversicherung Einfach Komplett.
- Keine Wartezeit bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- 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 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.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

57. Kündigungsfristverkürzung bei Umstellung des Kinder-Tarifs

(zu Ziffer 9.2 AUB 2014)

Sie können mit einer Kündigungsfrist von 1 Monat zum Ende des Versicherungsjahres kündigen, wenn eine Umstellung vom Kinder-Tarif auf den Erwachsenen-Tarif ansteht.

58. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

(zu Ziffer 9 AUB 2014)

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
- Geisteskrankheit

ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

59. 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 bzw. der eingetragene Lebenspartner mit

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

bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Eintragung bzw. Heirat folgt, mindestens für 3 Monate beitragsfrei mitversichert.

Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten bzw. dem eingetragenen Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Wird der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner innerhalb von 3 Monaten ab Heirat bzw. Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

Der Verzicht auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, gemäß Ziffer 33., ist bei einem Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich.

Der Anteil, ab dem eine Leistungskürzung erfolgt, beträgt 70 %.

60. 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.

I. Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag

(zu Ziffer 10 AUB 2014)

61. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall

(zu Ziffer 10.6 AUB 2014)

Zusätzlich bleibt der Vertrag für die minderjährigen Kinder beitragsfrei bestehen, wenn Sie

- einen Unfalltod erleiden.
- einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50% führt.

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

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 21. Lebensjahr vollendet wird.

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

62. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Die Versicherungssummen steigen jährlich um 3% oder 5%. Der vereinbarte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des 2. 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 und die Unfall-Rente auf volle 1 EUR

aufgerundet.

Ausgeschlossen von dieser Erhöhung bleiben die Versicherungssummen für

- beitragsneutrale Leistungsarten
- vereinbarte Klauseln
- Hilfe-Paket
- Reha-Management.

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 6 Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung, schriftlich widersprechen. Auf diese 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.

Wenn nach einer Dynamisierung die tariflichen Höchstsummen erreicht sind oder die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet,

endet die Dynamik für die betroffene Person in dem bestehenden Vertrag automatisch zur darauffolgenden Hauptfälligkeit des Vertrages, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sollten die anderen mitversicherten Personen die tariflichen Höchstsummen noch nicht erreicht haben, wird die Dynamik für diese Personen fortgeführt.

Zusätzlich können Sie und wir die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

J. Besserstellungsklausel, Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen

63. Besserstellungsklausel

Ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers zu den in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, werden diese Verbesserungen auf Ihren Antrag hin im Leistungsfall berücksichtigt.

Voraussetzung:

Es muss ein unmittelbarer Vorvertrag bei einem anderen in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen, für mindestens 3 Jahre, bestanden haben. Zwischen Ablauf des Vorvertrages und Beginn dieses Vertrages lagen maximal 3 Monate.

Versichert gilt:

Hat der Vorversicherer zu diesen Bedingungen nach A. *Erweiterungen des Unfallbegriffs* und D. *Abänderung zu den Ausschlüssen* eine bessere Regelung in seinen Versicherungsbedingungen festgelegt, gilt diese im Leistungsfall auch zu diesem Vertrag.

Die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren, werden wir bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 EUR berücksichtigen, wenn sie

- in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen.
- als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können. Sie gilt somit nicht für Leistungsarten, die nur gegen Beitragszahlung in diesem Vertrag vereinbart werden können.

Einschränkungen:

Eine Leistung aus der Besserstellungsklausel erfolgt nicht bei:

- Änderungen des Vorvertrags, die nach dessen Ablauf oder nach Eindeckung bei der Haftpflichtkasse vorgenommen wurden.
- Kündigung des Vorversicherers wegen Nichtzahlung der Beiträge, Obliegenheitsverletzungen, arglistiger Täuschung oder Betrug.
- Prämien-/Sparanteil(en) der Unfallversicherung (z.B. Unfallversicherung mit Prämien-Rückgewähr).
- Luftfahrtunfällen.
- Unfällen bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen.
- Unfällen durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden.
- Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

Nachweispflicht:

Im Schadenfall obliegt die Nachweispflicht für die Anwendung der Besserstellungsklausel dem Versicherungsnehmer. Als Nachweis ist der Versicherungsschein, die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung und Risikobeschreibungen des Vorvertrags vorzulegen. Die Haftpflichtkasse behält sich eine Anfrage beim jeweiligen Vorversicherer vor.

64. Anpassung des Beitrages

Der Beitrag kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Beitragssatzes steigen oder sinken.

Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung), und des Gewinnansatzes kalkuliert.

Der Versicherer ist berechtigt, den Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

Tarifliche Anpassungen von Beitragssätzen können vom Versicherer zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.

Der Beitragssatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematischer, statistischer oder geographischer Verfahren getrennt ermittelt.

Der Versicherer ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

- Beitragssenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.
- Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer unter Gegenüberstellung der alten und neuen Beitragshöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Anpassung unberührt.

65. Innovationsgarantie

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

66. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen 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. Der Versicherer garantiert ferner, dass seine Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2011 erfüllen.

K. Zusätzliche Leistungen bei Kindern

67. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis 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.

68. Vergiftungen / Verätzungen bei Kindern unter 18 Jahren

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer 45 BBU Einfach Komplett)

Ergänzend besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch

- Medikamente
- Tabak
- Alkohol

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

Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen

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

69. Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder

(zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Ihre leiblichen Kinder sind während der Wirksamkeit des Vertrages ab der Schwangerschaft mit den Versicherungssummen des bereits versicherten Kindes versichert.

Ist kein Kind bereits versichert, gelten die Versicherungssummen der erwachsenen versicherten Person.

Sind mehrere Kinder / erwachsene Personen versichert, gelten die jeweils niedrigsten Versicherungssummen, mindestens jedoch

- 100.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
- 10.000 EUR Todesfallsumme

- 20 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

Die beitragsfreie Mitversicherung gilt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres.

Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 18 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit

- 100.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
- 10.000 EUR Todesfallsumme
- 20 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt dieser beitragsfreie Schutz zusätzlich zu den beantragten Versicherungssummen.

Der Einschluss während des ersten Jahres erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Der Verzicht auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, gemäß Ziffer 33. ist bei einem Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich. Der Anteil, ab dem eine Leistungskürzung erfolgt, beträgt 70 %.

70. 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. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- 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.

71. 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 Krankenhaustagegeld-/ Genesungsgeldleistung erstattet.

Ist ein Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungshöchstsatz nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaustagegeldsatz 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.

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

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren 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.

II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres

1. Anpassung auf Seniorentarif

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beitrag.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 65. 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 Klausel 5 „Integralfranchise“ zugrunde gelegt.

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. Mitwirkungsklausel ab Vollendung des 65. Lebensjahres

Der Verzicht der Leistungskürzung bei Mitwirkung von unabhängigen Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 33. wird gestrichen.

Die Leistungen werden ab diesem Zeitpunkt gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 70 % beträgt.

3. Wegfall vereinbarte Klauseln ab Vollendung des 65. Lebensjahres

- Die vereinbarte Klausel „Krebsgeld“ wird gestrichen.
- Die vereinbarte Klausel „Schmerzengeld“ wird gestrichen.

4. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres

Zusätzlich vereinbart gilt eine Kapitalleistung bei Blindheit.

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

2. Produktlinie UV Einfach Besser

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2014	31
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	31
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	31
2. Ertrinken und Erstickten	31
3. Erfrieren / Erfrierung	31
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	31
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	31
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	31
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	31
8. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen	31
9. Erhöhte Kraftanstrengung	31
10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	32
B. Erweiterungen der Leistungen	32
11. Gliedertaxe	32
12. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	32
13. Unfall-Rente	32
14. Übergangsleistung	32
15. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	32
16. Komageld	32
17. Todesfallleistung	32
18. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	32
19. Bergungs-, Such- und Transportkosten	33
20. Kurkostenbeihilfe / Reha-Kosten	33
21. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	33
C. Krankheiten und Gebrechen	33
22. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	33
D. Abänderungen zu den Ausschlüssen	33
23. Bewusstseinsstörungen	33
24. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	33
25. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	33
26. Passives Kriegerisiko	33
27. Kitesurfen	33
28. Fahrtveranstaltungen	33
29. Strahlenschäden	34
30. Heilmaßnahmen	34
31. Infektionen	34
32. Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen	34
33. Psychische Erkrankung durch Unfall	34
E. Berufswechsel	34
34. Versehensklausel bei Berufswechsel	34
F. Erweiterungen zu den Obliegenheiten	34
35. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	34
36. Verdienstausschlag	34
37. Meldefrist bei Unfalltod	34
38. Versehensklausel	34
G. Fälligkeit der Leistung	34
39. Vorschussleistung	34
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	35
40. Arbeitslosigkeit	35
41. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	35
42. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebenspartnerschaft	35
43. Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst	35
I. Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag	35
44. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	35
J. Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen	35
45. Anpassung des Beitrages	35
46. Innovationsgarantie	35
47. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	35
K. Zusätzliche Leistungen bei Kindern	36
48. Rooming-in	36
49. Vergiftung / Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren	36
50. Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder	36
51. Vollwaisen-Rente	36
52. Nachhilfeunterricht	36
II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres	36
1. Anpassung auf Seniorentarif	36
2. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres	36

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

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 oder Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase oder Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

2. Ertrinken und Erstickten

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod.

3. Erfrieren / Erfrierung

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen und der Tod aufgrund von Erfrieren.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

- Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet, maximal 50.000 EUR.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

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

7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

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.

8. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen

(zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

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

9. Erhöhte Kraftanstrengung

(zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten 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)

Die Invalidität muss

- innerhalb von 18 Monaten eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten geltend gemacht, sowie ärztlich festgestellt sein.

Die Fristen beginnen vom Unfalltag an gerechnet.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

11. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Soweit im Versicherungsschein nicht abweichend vereinbart, gilt die Gliedertaxe Komfort gemäß Klausel 1.2.

12. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 5 % der vereinbarten 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):
 - 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.

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

Die vereinbarte Gliedertaxe wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

Vereinbarte

- in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen)
- progressive Invaliditätsstadien oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall

bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

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. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

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

14. Übergangsleistung (zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die vereinbarte Übergangsleistung wird zu 50% bereits geleistet, wenn die versicherte Person unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- um 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen 3 Monate bestanden hat.

Dieser bereits geleistete Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.3.2 AUB 2014 angerechnet.

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

Krankenhaustagegeld

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.

Genesungsgeld

Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 500 Tage.

Voraussetzungen für die Genesungsgeldleistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch geleistet bei

- einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt oder im Erholungsheim.
- einer unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, für insgesamt 3 Tage. Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.
- einem Krankenhausaufenthalt im Ausland, in doppelter Höhe.

16. 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 ein Komageld

- ab dem 8. Tag nach dem Unfall
- maximal für 12 Wochen
- in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet.

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

Die vereinbarte Todesfallsumme wird auch geleistet, wenn

- ein Unfall aufgrund Bewusstseinsstörungen vorliegt, bis zu einem Betrag von 6.000 EUR. Die Ausschlussbestimmungen nach Ziffer 4.1.1 AUB 2014 werden nicht angewandt.
- der Versicherte innerhalb der ersten 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt verstirbt. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
- die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollengesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Die doppelte vereinbarte Todesfallsumme leisten wir, wenn

- beide versicherte Eltern infolge desselben Unfalls versterben und leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurückbleiben, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.
- die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt wird. Die Gesamtleistung ist auf 50.000 EUR begrenzt.

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

Ergänzend leisten wir für nachgewiesene

- Zahnarztkosten
- Zahnbehandlungskosten
- Zahnersatzkosten
- Zahnlaborkosten

soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

Die Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz werden für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.

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

Ergänzend gilt Folgendes als vereinbart:

- Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- Wir ersetzen die Mehrkosten 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 Übernachtungskosten 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.

Die Bergungs-, Such- und Transportkosten werden für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.

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.

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

Wir leisten nach einem unter den Vertrag fallenden Unfallereignis eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten, wenn die versicherte Person

- innerhalb von 3 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.

Die Kurkostenbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

Die Kurkostenbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.

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.

21. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstehende Kosten bis zur Höhe von 6.000 EUR, sofern die folgenden Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

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

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

Die Leistungen werden nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.

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

23. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Alkoholkonsum
- Einnahme von Medikamenten
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Einwirkung von Witterungsbedingungen
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit)
- Einschlafen infolge Übermüdung

fallen unter den Versicherungsschutz.

Ausnahme:

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

Zusätzlich 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.

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

24. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist 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.

25. Selbstgebaute Feuerwerkskörper (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

26. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

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

27. Kitesurfen (zu Ziffer 4.1.4 AUB 2014)

Wir gewähren Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

28. Fahrtveranstaltungen (zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)

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, sind mitversichert.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten ebenfalls 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.

29. Strahlenschäden (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert. Lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie sind ausgeschlossen.

30. Heilmaßnahmen (zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als ein unter den Ausschluss fallender Eingriff.

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

Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls versichert:

- Cholera
- Diphtherie
- Gürtelrose
- Keuchhusten
- Lepra
- Masern
- Mumps
- Paratyphus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Spinale Kinderlähmung
- Tuberkulose
- Typhus
- Windpocken.

Voraussetzung:
Der Ausbruch der Infektionserkrankung fand frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn statt. Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit ereignete.

Zusätzlich versichert gelten Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden, wie

- Borreliose
- Brucellose
- Dreitagefieber
- Enzephalitis
- Fleckfieber
- FSME
- Gelbfieber
- Malaria
- Meningitis
- Pest

wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.

Als Unfallereignis gelten auch

- Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen
- sonstige Folgen von Insektenstichen und -bissen (z.B. allergische Reaktionen)
- Wundinfektionen und Blutvergiftungen
- sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, einschließlich allergischer Reaktionen, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Eine Leistung erfolgt nur für eine zurückbleibende Invalidität und für den Todesfall, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

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

Folgen von

- Nahrungsmittelvergiftungen
- Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- Vergiftungen durch Pflanzen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war

sind mitversichert.

33. 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. Berufswechsel (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)

34. 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. Erweiterungen zu den Obliegenheiten (Ziffer 6 AUB 2014)

35. 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 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.

36. Verdienstausfall (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages. Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 500 EUR.

37. Meldefrist bei Unfalltod (zu Ziffer 6.5 AUB 2014) Ziffer 6.5 AUB 2014 wird gestrichen.

38. 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)

39. Vorschussleistung (Ziffer 8 AUB 2014)

Ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist. Höchstens jedoch 50 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 100.000 EUR.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer (Ziffer 9 AUB 2014)

40. Arbeitslosigkeit (zu Ziffer 9 AUB 2014)

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 2 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von 2 Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 3 Jahre dauert.

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

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
- Geisteskrankheit

ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

42. 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 bzw. der eingetragene Lebenspartner mit

- 30.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression),

bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Eintragung bzw. Heirat folgt, mindestens für 3 Monate beitragsfrei mitversichert.

Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten bzw. dem eingetragenen Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Wird der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner innerhalb von 3 Monaten ab Heirat bzw. Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

43. 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.

I. Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag (Ziffer 10 AUB 2014)

44. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Die Versicherungssummen steigen jährlich um 3% oder 5%. Der vereinbarte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des 2. 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 und die Unfall-Rente auf volle 1 EUR

aufgerundet.

Ausgeschlossen von dieser Erhöhung bleiben die Versicherungssummen für

- beitragsneutrale Leistungsarten
- Hilfe-Paket
- Reha-Management.

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 6 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.

Wenn nach einer Dynamisierung die tariflichen Höchstsummen erreicht sind oder die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, endet die Dynamik für die betroffene Person in dem bestehenden Vertrag automatisch zur darauffolgenden Hauptfälligkeit des Vertrages, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sollten die anderen mitversicherten Personen die tariflichen Höchstsummen noch nicht erreicht haben, wird die Dynamik für diese Personen fortgeführt.

Zusätzlich können Sie und wir die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

J. Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen

45. Anpassung des Beitrages

Der Beitrag kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Beitragssatzes steigen oder sinken.

Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung), und des Gewinnansatzes kalkuliert.

Der Versicherer ist berechtigt, den Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

Tarifliche Anpassungen von Beitragssätzen können vom Versicherer zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.

Der Beitragssatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematischer, statistischer oder geographischer Verfahren getrennt ermittelt.

Der Versicherer ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

- Beitragssenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.
- Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer unter Gegenüberstellung der alten und neuen Beitragshöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Anpassung unberührt.

46. 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.

47. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen der 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. Der Versicherer garantiert ferner, dass seine Bedingungen

die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2011 erfüllen.

K. Zusätzliche Leistungen bei Kindern

48. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis 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.

49. Vergiftungen / Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014 und Ziffer 31 BBU Einfach Besser)

Ergänzend 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

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

Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen

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

50. Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder

(zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

Ihre leiblichen Kinder sind während der Wirksamkeit des Vertrages 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 3 Monate beitragsfrei mitversichert.

Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit

- 30.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
- 5.000 EUR Todesfallsumme
- 5 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Rechtswirksamkeit der Adoption folgt, mindestens für 3 Monate.

Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wird das Kind während der beitragsfreien Zeit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt dieser beitragsfreie Schutz zusätzlich zu den beantragten Versicherungssummen.

Der Einschluss während der beitragsfreien Zeit erfolgt ohne Gesundheitsprüfung.

51. 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. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- 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.

52. 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 Krankenhaustagegeld-/Genesungsgeldleistung erstattet.

Ist ein Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungssatz nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaustagegeldsatz 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.

II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres

1. Anpassung auf Seniorentarif

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beitrag.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 65. 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 Klausel 5 „Integralfranchise“ zugrunde gelegt.

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. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres

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

3. Produktlinie UV Einfach Gut

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2014	37
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	37
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	37
2. Ertrinken und Erstickten	37
3. Erfrieren / Erfrierung	37
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	37
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	37
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden	37
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	37
8. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen	37
9. Erhöhte Kraftanstrengung	37
10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	37
B. Erweiterungen der Leistungen	37
11. Gliedertaxe	37
12. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	37
13. Unfall-Rente	38
14. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	38
15. Komageld	38
16. Todesfallleistung	38
17. Kosmetische Operationen	38
18. Bergungs-, Such- und Transportkosten	38
19. Kurkostenbeihilfe	38
20. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	38
C. Abänderungen zu den Ausschlüssen	39
21. Bewusstseinsstörungen	39
22. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	39
23. Passives Kriegerisiko	39
24. Kitesurfen	39
25. Fahrtveranstaltungen	39
26. Strahlenschäden	39
27. Heilmaßnahmen	39
28. Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen	39
29. Psychische Erkrankung durch Unfall	39
D. Erweiterungen zu den Obliegenheiten	39
30. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	39
31. Verdienstausschlag	39
32. Meldefrist bei Unfalltod	39
33. Versehensklausel	39
E. Fälligkeit der Leistung	39
34. Vorschussleistung	39
F. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	39
35. Arbeitslosigkeit	39
36. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	40
37. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	40
G. Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen	40
38. Anpassung des Beitrages	40
39. Innovationsgarantie	40
40. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	40
H. Zusätzliche Leistungen bei Kindern	40
41. Rooming-in	40
42. Nachhilfeunterricht	40
II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres	40
1. Anpassung auf Seniorentarif	40
2. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres	41

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

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 oder Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase oder 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 Erstickten (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod.

3. Erfrieren / Erfrierung (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen und der Tod aufgrund von Erfrieren.

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

Als Unfallereignis gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

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

Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

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

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.

8. Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und innere Unruhen (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

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

9. Erhöhte Kraftanstrengung (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

Als Unfallereignis gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

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

Die Invalidität muss

- innerhalb von 15 Monaten eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten geltend gemacht, sowie ärztlich festgestellt sein.

Die Fristen beginnen vom Unfalltag an gerechnet.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2014)

11. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Soweit im Versicherungsschein nicht abweichend vereinbart, gilt die Gliedertaxe Standard gemäß Klausel 1.1.

12. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 3 % der vereinbarten Invaliditätsgrundsomme, maximal 5.000 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

- e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %
- f) 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.

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

Die vereinbarte Gliedertaxe wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

Vereinbarte

- in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2014 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen)
- progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall

bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

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. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- 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.

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

Krankenhaustagegeld

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 730 Tage insgesamt.

Genesungsgeld

Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

Voraussetzungen für die Genesungsgeldleistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch geleistet bei

- einer unfallbedingten Notfalleinweisung zur vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt oder im Erholungsheim.
- einer unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operation gemäß Ziffer 2.5 AUB 2014, für insgesamt 3 Tage.
Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet.

15. 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 ein Komageld

- ab dem 8. Tag nach dem Unfall
- maximal für 12 Wochen
- in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet.

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

Die vereinbarte Todesfallsumme wird auch geleistet, 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)

Wir leisten Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen. Die Gesamtleistung ist auf 100.000 EUR begrenzt.

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-, Such- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

Ergänzend gilt Folgendes als vereinbart:

- Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- Wir ersetzen die Mehrkosten 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 Übernachtungskosten 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.

Die Bergungs-, Such- und Transportkosten werden für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Gesamtleistung ist auf 100.000 EUR begrenzt.

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)

Wir leisten nach einem unter den Vertrag fallenden Unfallereignis eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten, 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.

Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

Die Kurkostenbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Gesamtleistung ist auf 100.000 EUR begrenzt.

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.

20. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten bis zur Höhe von 2.000 EUR, sofern die folgenden Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

- behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person
- behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantationen
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung
- 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. Abänderungen zu den Ausschlüssen

(Ziffer 4 AUB 2014)

21. Bewusstseinsstörungen

(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Alkoholkonsum
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit)
- Einschlafen infolge Übermüdung

fallen unter den Versicherungsschutz.

Ausnahme:

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

22. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist 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.

23. Passives Kriegsrisiko

(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

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

24. Kitesurfen

(zu Ziffer 4.1.4 AUB 2014)

Wir gewähren Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

25. Fahrtveranstaltungen

(zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)

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, sind mitversichert.

26. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert. Lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie sind ausgeschlossen.

27. Heilmaßnahmen

(zu Ziffer 4.2.3 AUB 2014)

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als ein unter den Ausschluss fallender Eingriff.

28. Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Folgen von

- Nahrungsmittelvergiftungen
- Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

sind mitversichert.

29. 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. Erweiterungen zu den Obliegenheiten

(Ziffer 6 AUB 2014)

30. 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 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.

31. Verdienstaussfall

(zu Ziffer 6.3 AUB 2014)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaussfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobetrages.

Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 500 EUR.

32. Meldefrist bei Unfalltod

(zu Ziffer 6.5 AUB 2014)

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die zuberechtigten 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.

33. 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. Fälligkeit der Leistung

(zu Ziffer 8 AUB 2014)

34. Vorschussleistung

(Ziffer 8 AUB 2014)

Ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist. Höchstens jedoch 50 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR.

F. Erweiterungen zur Versicherungsdauer

(Ziffer 9 AUB 2014)

35. Arbeitslosigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2014)

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 2 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von 2 Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 3 Jahre dauert.

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

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII
- Geisteskrankheit

ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

37. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Die Versicherungssummen steigen jährlich um 3% oder 5%. Der vereinbarte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des 2. 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 und die Unfall-Rente auf volle 1 EUR

aufgerundet.

Ausgeschlossen von dieser Erhöhung bleiben die Versicherungssummen für

- beitragsneutrale Leistungsarten
- Hilfe-Paket
- Reha-Management.

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 6 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.

Wenn nach einer Dynamisierung die tariflichen Höchstsummen erreicht sind oder die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, endet die Dynamik für die betroffene Person in dem bestehenden Vertrag automatisch zur darauffolgenden Hauptfälligkeit des Vertrages, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sollten die anderen mitversicherten Personen die tariflichen Höchstsummen noch nicht erreicht haben, wird die Dynamik für diese Personen fortgeführt.

Zusätzlich können Sie und wir die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

G. Beitragsanpassung, Innovationsgarantie und GDV-Musterbedingungen

38. Anpassung des Beitrages

Der Beitrag kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Beitragssatzes steigen oder sinken.

Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung), und des Gewinnansatzes kalkuliert.

Der Versicherer ist berechtigt, den Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

Tarifliche Anpassungen von Beitragssätzen können vom Versicherer zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.

Der Beitragssatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematischer, statistischer oder geographischer Verfahren getrennt ermittelt.

Der Versicherer ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

- Beitragssenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.
- Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer unter Gegenüberstellung der alten und neuen Beitragshöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Anpassung unberührt.

39. 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.

40. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Haftpflichtkasse garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen der 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. Der Versicherer garantiert ferner, dass seine Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2011 erfüllen.

H. Zusätzliche Leistungen bei Kindern

41. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2014)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 5 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 30 EUR gezahlt.

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

42. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 15 EUR pro ausgefallenen Schultag.

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeld-/Genesungsgeldleistung erstattet.

Die Kostenersatzung ist insgesamt auf 1.000 EUR begrenzt.

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

II. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres

1. Anpassung auf Seniorentarif

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beitrag.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 65. 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 Klausel 5 „Integralfranchise“ zugrunde gelegt.

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. Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres

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

4. Klauseln zur Unfallversicherung

Inhaltsverzeichnis

Klausel 1. Gliedertaxe	42
Klausel 1.1. „Gliedertaxe Standard“	42
Klausel 1.2. „Gliedertaxe Komfort“	42
Klausel 1.3. „Gliedertaxe Premium Plus“	43
Klausel 2. Progression	44
Klausel 2.1. „Progression 225%“	44
Klausel 2.2. „Progression 225% Plus“	44
Klausel 2.3. „Progression 350%“	44
Klausel 2.4. „Progression 350% Plus“	44
Klausel 2.5. „Progression 500%“	45
Klausel 2.6. „Progression 500% Plus“	45
Klausel 3. „Schmerzensgeld“	46
Klausel 4. „Krebsgeld“	48
Klausel 5. „Integralfranchise“	49
Klausel 6. „Mitwirkungsklausel“	49

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

Klausel 1. Gliedertaxe

(Es gilt die entsprechende Klausel zur vereinbarten Gliedertaxe.)

Klausel 1.1. „Gliedertaxe Standard“

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Soweit die Klausel „Gliedertaxe Standard“ vereinbart gilt, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Finger	5 %
sämtliche Finger einer Hand	55 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	10 %
der Stimme	100 %
einer Niere	20 %
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 %

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

Klausel 1.2. „Gliedertaxe Komfort“

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Soweit die Klausel „Gliedertaxe Komfort“ vereinbart gilt, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	80 %
einer Hand	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
sämtliche Finger einer Hand	75 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines unterhalb des Knies	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
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.

Klausel 1.3. „Gliedertaxe Premium Plus“
(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Soweit die Klausel „Gliedertaxe Premium Plus“ vereinbart gilt, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:	
eines Armes	100 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	100 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	100 %
einer Hand	90 %
eines Daumens	45 %
eines Zeigefingers	30 %
eines anderen Fingers	20 %
sämtliche Finger einer Hand	90 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	100 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %
eines Beines unterhalb des Knies	100 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %
eines Fußes	70 %
einer großen Zehe	20 %
einer anderen Zehe	10 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	70 %
des Gehörs auf einem Ohr	50 %
des Geruchs	25 %
des Geschmacks	25 %
der Stimme	100 %
einer Niere	30 %
beider Nieren	100 %
der Gallenblase	20 %
der Milz	20 %
der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %
des Magens	30 %
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	30 %
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.

Klausel 2. Progression

(Es gilt die entsprechende Klausel zur vereinbarten Progression.)

Klausel 2.1. „Progression 225%“

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

Soweit die Klausel „Progression 225%“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- 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		

Klausel 2.2. „Progression 225% Plus“

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

Soweit die Klausel „Progression 225% Plus“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Summe,
- Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 225 % der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	29	45	105	64	181	83	225
27	33	46	109	65	185	84	225
28	37	47	113	66	189	85	225
29	41	48	117	67	193	86	225
30	45	49	121	68	197	87	225
31	49	50	125	69	201	88	225
32	53	51	129	70	205	89	225
33	57	52	133	71	209	90	225
34	61	53	137	72	213	91	225
35	65	54	141	73	217	92	225
36	69	55	145	74	221	93	225
37	73	56	149	75	225	94	225
38	77	57	153	76	225	95	225
39	81	58	157	77	225	96	225
40	85	59	161	78	225	97	225
41	89	60	165	79	225	98	225
42	93	61	169	80	225	99	225
43	97	62	173	81	225	100	225
44	101	63	177	82	225		

Klausel 2.3. „Progression 350%“

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

Soweit die Klausel „Progression 350%“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- 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		

Klausel 2.4. „Progression 350% Plus“

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

Soweit die Klausel „Progression 350% Plus“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- 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 sechsfache Summe,
- für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Summe,
- Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 350 % der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	31	45	145	64	273	83	350
27	37	46	151	65	280	84	350
28	43	47	157	66	287	85	350
29	49	48	163	67	294	86	350
30	55	49	169	68	301	87	350
31	61	50	175	69	308	88	350
32	67	51	182	70	315	89	350
33	73	52	189	71	322	90	350
34	79	53	196	72	329	91	350
35	85	54	203	73	336	92	350
36	91	55	210	74	343	93	350
37	97	56	217	75	350	94	350
38	103	57	224	76	350	95	350
39	109	58	231	77	350	96	350
40	115	59	238	78	350	97	350
41	121	60	245	79	350	98	350
42	127	61	252	80	350	99	350
43	133	62	259	81	350	100	350
44	139	63	266	82	350		

Klausel 2.5 „Progression 500%“

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

Soweit die Klausel „Progression 500%“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- 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		

Klausel 2.6. „Progression 500% Plus“

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

Soweit die Klausel „Progression 500% Plus“ vereinbart gilt, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt, wenn ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit führt:

- 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 neunfache Summe,
- für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zehnfache Summe,
- Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 500 % der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	34	45	205	64	390	83	500
27	43	46	214	65	400	84	500
28	52	47	223	66	410	85	500
29	61	48	232	67	420	86	500
30	70	49	241	68	430	87	500
31	79	50	250	69	440	88	500
32	88	51	260	70	450	89	500
33	97	52	270	71	460	90	500
34	106	53	280	72	470	91	500
35	115	54	290	73	480	92	500
36	124	55	300	74	490	93	500
37	133	56	310	75	500	94	500
38	142	57	320	76	500	95	500
39	151	58	330	77	500	96	500
40	160	59	340	78	500	97	500
41	169	60	350	79	500	98	500
42	178	61	360	80	500	99	500
43	187	62	370	81	500	100	500
44	196	63	380	82	500		

Klausel 3. „Schmerzensgeld“

1. Was ist versichert?

Soweit die Klausel „Schmerzensgeld“ vereinbart gilt, bieten wir zu-sätzlichen Versicherungsschutz bei unfallbedingten Gesundheitsschä-den.

Voraussetzungen

- Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1 der AUB erlitten, der zu einer der nachfolgend aufgeführten Gesundheits-schäden geführt hat.
- Die Gesundheitsschädigung muss uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen werden.
- Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf Schmerzensgeld.
- Der Anspruch auf Schmerzensgeld entsteht nach Eintritt des Un-falls. Er muss innerhalb von 3 Monaten nach ärztlicher Feststel-lung geltend gemacht werden und erlischt nach Ablauf von 15 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

2. Höhe der Leistung

Wir erbringen die Leistung gemäß der nachfolgenden Schmerzens-geldtabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabel-le festgelegten Prozentsatz und der im Versicherungsschein angege-benen Versicherungssumme für das Schmerzensgeld.

Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufge-führten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die in der Tabelle der höchste Betrag festgelegt ist.

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

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kosten-ersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Bei-trag nicht teil.

3. Vertragsdauer

Sie und wir können die Vereinbarung über die Klausel „Schmerzens-geld“ für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjah-res zugegangen sein.

Zusätzlich sind die Leistungen aus der Klausel „Schmerzensgeld“ bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres versichert. Danach erlischt der Versicherungsschutz, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ab-lauf des Versicherungsjahres.

4. Schmerzensgeldtabelle

Frakturen

Frakturen sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbre-chung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten). Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysenspre-nungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und -absprengungen.

Nicht versichert sind Zahnfrakturen.

Für Re-Frakturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmer-zensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Band- und Sehnenrupturen

Band- und Sehnenrupturen sind vollständige Zerreißen von stabili-sierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Meniskusris-se, Muskel- und Muskelfaserrisse.

Für Re-Rupturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmer-zensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Kopfverletzungen	Ein-/ Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Schädeldachfraktur ohne Hirnbeteiligung	8%	16%
Gesichtsschädelfraktur ohne Nasenbein	8%	16%
Schädelhirntrauma 3. Grades (SHT III °)	100%	
Schädelhirntrauma 2. Grades (SHT II °)	25%	

Augenverletzungen	
Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges	100%
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	13%

Obere Gliedmaße (ohne Hände)	Ein-/ Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur	16%	33%
Fraktur großer Oberarmhöcker (Tuberculum majus)	16%	33%
Fraktur kleiner Oberarmhöcker (Tuberculum minus)	16%	33%
Unterarmschaftfraktur (Speichen- oder Ellenfraktur)	8%	16%
Amputation ab Handgelenk	100%	
Vollständige Zerreißen von stabilisieren-den Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen – Schulterergelenksprengung Tossy II und Tossy III – Bizepssehnenruptur	8%	

Hände	Ein-/ Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)	16%	33%
Mittelhandfraktur	4%	8%
Handwurzelknochenfraktur (Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Erbsenbein, gro-ßes und kleines Vieleckbein, Kopfbein, Hakenbein)	4%	8%
Daumenfraktur	6%	13%
Zeigefingerfraktur	4%	8%
Frakturen der übrigen Finger	2%	5%
Vollständige Zerreißen von Streck- oder Beugesehnen	4%	
Vollständiger Verlust des Daumens im Grundgelenk	25%	
Vollständiger Verlust des Daumens im Endgelenk	13%	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Grundgelenk	16%	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Mittelgelenk	12%	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Endgelenk	8%	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Grundgelenk	8%	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Mittelgelenk	5%	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Endgelenk	3%	

Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein)	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Fraktur eines Wirbelkörpers	8%	16%
Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern	25%	50%
Rückenmarksverletzung mit kompletter Querschnittslähmung	100%	
Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittslähmung	50%	

Becken (ohne Kreuz- und Steißbein)	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Typ 1: stabile Beckenringfrakturen, z. B. isolierte, einseitige, aber auch beidseitige nicht dislozierte vordere Beckenringfraktur	21%	43%
Typ 2 und 3: Beckenringfrakturen mit Instabilität, z. B. dislozierte doppelseitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF-Sprengung etc.	33%	66%

Untere Gliedmaßen (ohne Füße)	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberschenkelfrakturen – Oberschenkelhals- und Oberschenkelchaftfraktur – Fraktur großer Rollhügel (Trochanter major)	25%	50%
Unterschenkelfraktur – Wadenbein- oder Schienbeinfraktur	21%	43%
Kniescheibenfraktur	8%	16%
Amputationen ab Fußgelenk	100%	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen – vordere/hintere Kreuzbandruptur – Innen-/Außenbandruptur – Achilles-/Patellarsehnenruptur	13%	

Füße	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Sprunggelenksfrakturen – Weber B und C	25%	50%
Sprunggelenksfrakturen – Weber A, Maisonneuve-Fraktur, Pilonfraktur	21%	43%
Mittelfußfraktur, Fußwurzelfraktur (Sprung-, Fersen-, Kahn-, Keil- und Würfelbein)	6%	13%
Großzehenfraktur	4%	8%
Frakturen der übrigen Zehen	2%	5%
Amputation der Großzehe	8%	
Amputation einer der übrigen Zehen	4%	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen (Innen- und Außenbandrupturen, Syndesmosenruptur)	4%	

Frakturen (Brüche)	Ein-/Mehrfache Brüche	Offene Brüche
Vollständige Frakturen, die nicht explizit aufgeführt sind	4%	8%
Unvollständige Frakturen, die nicht explizit aufgeführt sind	2%	
Vollständige Band- und Sehnenrupturen, die nicht explizit aufgeführt sind	2%	
Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittslähmung	50%	

Verbrennungen	
Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 10 % der Körperoberfläche	50%
Verbrennungen ab 2. Grad von mindestens 20 % der Körperoberfläche	43%
Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 50 % der Körperoberfläche	100%

Innere Verletzungen	
Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	8%
Verlust der Milz	25%
Verlust einer Niere	50%
Verlust beider Nieren	100%

Sonstige Unfallfolgen	
Vollständiger Verlust der Stimme	100%
Vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	100%

Klausel 4. „Krebsgeld“

1. Sofortleistung bei Krebserkrankungen

Soweit die Klausel „Krebsgeld“ vereinbart gilt, leisten wir eine Sofortleistung in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme, wenn die versicherte Person an einer der folgenden während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten schweren Krankheiten erkrankt:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs
- Akute myeloische oder lymphatische Leukämie
- Multiples Myelom
- Malignes Lymphom
- Morbus Hodgkin

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

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.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach der diagnostizierten Erkrankung unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

2. Kosmetische Operation infolge einer Krebserkrankung

Die versicherte Person hatte Anspruch auf die Sofortleistung bei Krebserkrankungen und musste sich einer krebisbedingten Operation unterziehen, die eine kosmetische oder plastische Operation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker erfordert.

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 Operation verursacht sind.

Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 5.000 EUR bezahlt.

Soweit Kosten für nachgewiesene Hilfsmittel entstehen, werden diese bis maximal 1.500 EUR 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. Vertragsdauer

Sie und wir können die Vereinbarung über die Klausel „Krebsgeld“ für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein.

Zusätzlich sind die Leistungen aus der Klausel „Krebsgeld“ bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres versichert. Danach erlischt der Versicherungsschutz, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ablauf des Versicherungsjahres.

Klausel 5: „Integralfranchise“

Soweit die Klausel „Integralfranchise“ vereinbart ist, gilt:

Bei einem versicherten Unfallereignis, welches zu einer Invaliditätsleistung führt, erfolgt kein Anspruch auf diese Invaliditätsleistung, wenn der bemessene Invaliditätsgrad 25% oder weniger beträgt.

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

Klausel 6: „Mitwirkungsklausel“

Soweit die Klausel „Mitwirkungsklausel“ vereinbart gilt, werden abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 und Ziffer 33. BBU Einfach Komplett die Leistungen gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 70 % beträgt.

5. Besondere Bedingungen zum Reha-Management (BBU) – Stand 01.06.2019

Ein Unfall kann das Leben plötzlich auf den Kopf stellen. Dann unterstützen und begleiten wir die versicherte Person bei ihrer Rückkehr ins Leben.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang um Rehabilitationsleistungen erweitert:

1. Was ist versichert?

- 1.1 Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
- 1.2 Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten (Ziffern 1.3 und 1.4 AUB 2014).
- 2.1.2 Dieser Unfall hat zu einer oder mehreren der nachfolgenden Verletzungen/Unfallfolgen geführt:
 - a) Wirbelsäulenverletzungen mit Schädigung des Rückenmarks
 - b) Verletzungen der großen Nervenbahnen
 - c) Amputation von mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
 - d) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - e) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades
 - f) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %
 - g) Gewebeerstörende Schäden an zwei der folgenden Organe
 - Herz
 - Lungen
 - Leber
 - Milz
 - Nieren
 - h) Gelenkfraktur oder gelenksnahe Fraktur
 - der Schulter/des Schultergelenkes/des Oberarmhalses/des Oberarmkopfes
 - des Armes/des Ellenbogengelenkes
 - der Hand/ des Handgelenkes (nicht isolierte Fingerfrakturen)
 - des Beines/des Hüftgelenkes/ des Schenkelhalses/Oberschenkelhalses
 - des Knies/des Kniegelenkes/des Schienbeinkopfes
 - des Fußes/des Sprunggelenkes (nicht isolierte Zehenfrakturen)
 - der Wirbelkörper (nicht isolierte Querfortsatz- oder Dornfortsatzfrakturen)
- 2.1.3 Außerdem besteht ein Leistungsanspruch wenn die versicherte Person voraussichtlich durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft um mindestens 20 % (gemäß Ziffer 2.1 AUB) beeinträchtigt bleiben wird.

2.2 Bedarfsermittlung und Reha-Management

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management. Dies beinhaltet

- eine Situationsanalyse,
- die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung eines individuellen Rehabilitationskonzeptes,
- die Begleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

3. Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Medizinische Rehabilitation und Therapie

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Therapien.

Das können zum Beispiel sein:

- ärztliche Zweitmeinung
- qualifizierte Leistungserbringer (z. B. spezialisierte Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen)
- spezielle Therapien und Maßnahmen (z.B. psychologische Betreuung, Osteopathie).
- organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,
- vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie.

3.2 Beruf

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis oder die berufliche Neuorientierung.

Das können zum Beispiel sein:

- stufenweise Wiedereingliederung
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen
- Rollstühle
- Gehhilfen.

3.4 Wohnen und Mobilität

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation und zum Erhalt der Mobilität.

Das können zum Beispiel sein:

- barrierefreies Wohnkonzept
- Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung
- Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen.

4. Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen? Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?

4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 2.2 und 3 erbringen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

4.2 Kostenübernahme

Für die Leistungen nach Ziffer 3.1 bis 3.3 gilt Folgendes:

Die Kosten für

- Sach- und / oder Behandlungskosten
- Rehabilitationsmaßnahmen

übernehmen wir bis zu einer Höhe von 10.000 EUR.

Die Verteilung des Gesamtbetrages auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung des Reha-Managers.

4.3 Zahlungen anderer Leistungsträger

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach Ziffer 3.1 bis 3.3 tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) gelten folgende Obliegenheiten:

- 5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind. Dies umfasst auch den bisherigen Behandlungs- und Therapieverlauf.
- 5.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/ Versorgungs-/Leistungsträgern

- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.
- 5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) gilt entsprechend.
6. **Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.
7. **Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?**
Erbringen wir Rehabilitationsleistungen, ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitere Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die Bedingungen, die für die jeweiligen Leistungsarten gelten.

6. 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 Einfach in der dem Vertrag zugrunde liegenden Produktlinie 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 Erstgesprächs 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 ortsnahe 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 Gesprächs 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.

VIII Allgemeine Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung



Vertragspartner	Vertragspartner und Versicherer ist die Haftpflichtkasse VVaG, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf.
Geltendes Recht	Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
Vertragsgrundlagen	Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) und den etwaigen sonstigen Vereinbarungen, den gesetzlichen und nachstehenden Bestimmungen sowie der Satzung der Haftpflichtkasse. Die maßgeblichen Verbraucherinformationen der Haftpflichtkasse werden dem Antragsteller rechtzeitig vor seiner Vertragserklärung gemäß § 7 VVG in Textform übergeben bzw. dem Interessenten bei einer Angebotsanfrage mit dem Angebot übersandt.
Richtlinien für Antragsaufnahme	Für die Risikobeurteilung und somit für die tarifliche Einstufung sind teilweise detaillierte Angaben erforderlich, u. a. Angaben über Vorversicherung, Vorschäden, Berufstätigkeit, Gesundheitsfragen, usw. Individuelle Risikoverhältnisse können besondere Beitragszuschläge, Bedingungen, Selbstbeteiligungen usw. erfordern. Die im Antrag vorgesehenen Fragen müssen vollständig und sorgfältig beantwortet werden. Bei Risiken, die im Tarif nicht enthalten oder mit Anfrage bezeichnet sind: Anfrage bei der Haftpflichtkasse erforderlich. Mündliche Nebenabreden zum Antrag, zum Tarif sowie zu den Bedingungen sind rechtsungültig. Das Datum des Versicherungsbeginns darf nicht vor Antragsaufnahme liegen. Anträge können nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn angenommen werden.
Vertragsdauer	Der Vertrag wird zunächst für ein Jahr geschlossen. Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist. Zu beachten ist weiterhin das dem Versicherungsnehmer zustehende Widerrufsrecht bei Vereinbarung einer Vertragsdauer von mehr als 1 Monat. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens am Tag der Antragsaufnahme, 0:00 Uhr.
Kündigungsmöglichkeiten	Kündigung zum Ablauf Gemäß Ziffer 9.2.2 AUB kann die Versicherung spätestens drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Kündigung bei Vertragsdauer über 3 Jahre Gemäß Ziffer 9.2.3 AUB kann ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen worden ist, zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Kündigung bei Beitragsanpassung Gemäß Ziffer 64. BBU Einfach Komplett, Ziffer 45. BBU Einfach Besser und Ziffer 38. BBU Einfach Gut kann der Versicherungsnehmer das Vertragsverhältnis kündigen, wenn der Versicherer aufgrund einer Beitragsanpassung den Beitrag erhöht. Voraussetzung ist jedoch, dass die Kündigung innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers ausgesprochen wird. Der Versicherungsnehmer kann mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, den Vertrag kündigen. Kündigung im Schadenfall Gemäß Ziffer 9.3 AUB kann die Versicherung gekündigt werden, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder Sie Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss spätestens 1 Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Zwangs- und Insolvenzverfahren

Das Versicherungsverhältnis besteht auch nach der Eröffnung eines Zwangs- oder Insolvenzverfahrens fort. Der Zwangs- oder Insolvenzverwalter ist uns mitzuteilen. Dieser hat die Wahl, den Vertrag nach Kenntnissnahme innerhalb eines Monats zu übernehmen oder zu kündigen.

Eintrittsalter

Kinder und Jugendliche: 0 bis 17 Jahre

Erwachsene: Vollendung des 18. Lebensjahres bis einschließlich 81. Lebensjahr.

Altersbedingte Änderungen

Ab Vollendung des 65. Lebensjahres sind grundsätzlich die Beitragssätze der Gefahrengruppe A zu verwenden. Diese erhöhen sich ab diesem Zeitpunkt um den Faktor 3. Für Neukunden erhöht sich der Faktor ab Vollendung des 70. Lebensjahres auf 4 und ab Vollendung des 75. Lebensjahres auf 4,5. Der Neuabschluss ist bis zur Vollendung des 81. Lebensjahres möglich.

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 65. Lebensjahres zu den Tarifsätzen dieser Altersgruppe versichert werden.

Ab Vollendung des 65. Lebensjahres werden grundsätzlich die Beitragssätze der Gefahrengruppe A zugrunde gelegt. Diese erhöhen sich ab diesem Zeitpunkt um den Faktor 3.

Maßgebend ist das Eintrittsalter bei Vertragsbeginn. Altersbedingte Änderungen des Beitrages während der Vertragslaufzeit im Seniorentarif werden nicht vorgenommen.

Beitragsberechnung

Die Beiträge sind im Voraus zu zahlen; keine Vorauszahlungen für mehr als ein Jahr.

Bei halbjährlicher Zahlungsweise werden 3 %, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 5 % und bei monatlicher Zahlungsweise 7 % Zuschlag berechnet. Der Beitrag wird dann in halb-, vierteljährlichen bzw. monatlichen Raten entrichtet.

Die Einzelbeiträge, der zu entrichtende Gesamtbeitrag und die Zahlungsweise ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein.

Die Mindestrate je Versicherungsschein oder Beitragsrechnung beträgt 5,00 EUR pro Rate (zuzüglich Versicherungssteuer) – in Verbindung mit einem Bankeinzug.

Der Mindestjahresbeitrag beträgt 30,00 EUR (zuzüglich Versicherungssteuer).

Unsere Netto-Endbeiträge (inkl. aller Zuschläge und/oder Nachlässe) werden kaufmännisch auf volle 0,10 EUR gerundet.

Gebühren und Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben.

Versicherungsvermittler und Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, ihrerseits noch besondere Gebühren oder Kosten zu berechnen.

Versicherungssteuer

Der Versicherer ist gesetzlich verpflichtet, Versicherungssteuer zu erheben.

Haftungsbeginn des Versicherers

Die Haftung des Versicherers beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem darin festgesetzten Zeitpunkt. Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates können bis auf Widerruf die am Fälligkeitstag jeweils gültigen Beiträge von dem angegebenen Bankkonto zugunsten der Haftpflichtkasse eingezogen werden. Das SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für Ersatzverträge.

Beitragsnachlässe/ -zuschläge

Bei mehr als einer versicherten Person wird ein Personennachlass von 10 % gewährt. Die für die zweite (und weitere) unter dem selben Vertrag 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.

Bei Vereinbarung der Produktlinie Einfach Besser ist ein Beitragsnachlass von 7 % auf die Tarif-Beitragssätze der Produktlinie Einfach Komplett zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung der Produktlinie Einfach Gut ist ein Beitragsnachlass von 15 % auf die Tarif-Beitragssätze der Produktlinie Einfach Komplett zu berücksichtigen.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung oder einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 5 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung und einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 10 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

5% Papierlos-Nachlass. Voraussetzung für den Nachlass, ist die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse. Der gesamte Schriftwechsel erfolgt ausschließlich elektronisch

Das Hilfe-Paket, das Reha-Management, das Schmerzensgeld und das Krebsgeld sind unabhängig von der gewählten Produktlinie und Gliedertaxe, unterliegen daher nicht dem Produktliniennachlass.

Dynamik

Bei Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für die beitragsfreien Leistungsarten, vereinbarte Klauseln, Schmerzensgeld, Krebsgeld, Hilfe-Paket und Reha-Management – und die Beiträge jährlich um 3% oder 5 % erhöht. Der festgelegte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn

- a) die zu versichernde Person bei Antragstellung das 65. Lebensjahr vollendet hat.
- b) die beantragten Versicherungssummen 5% unter den nachfolgenden maximalen Versicherungssummen liegen.

Eine vereinbarte Dynamik entfällt

- a) mit dem vollendeten 65. Lebensjahr des/der Versicherten.
- b) wenn die nachfolgenden maximalen Versicherungssummen erreicht sind.

Versicherungssummen

Hinsichtlich der Höhe der Versicherungssumme wird auf die Angaben im Antrag sowie im Versicherungsschein verwiesen.
Die Versicherungssumme gilt je Schadenereignis.

Maximale Grundsummen

Erwachsene

- Invalidität ohne Progression:	1.000.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression:	440.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression Plus:	440.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression:	280.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression Plus:	280.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression:	200.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression Plus:	200.000 EUR
- Unfall-Rente (monatlich):	mind. 100 EUR max. 2.500 EUR
- Todesfall:	600.000 EUR
(ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	100.000 EUR

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
- Schmerzensgeld:	10.000 EUR
- Krebsgeld:	10.000 EUR

Kinder

- Invalidität ohne Progression:	1.000.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression:	440.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression Plus:	440.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression:	280.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression Plus:	280.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression:	200.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression Plus:	200.000 EUR
- Unfall-Rente (monatlich):	mind. 100 EUR max. 2.500 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
- Schmerzensgeld:	10.000 EUR
- Krebsgeld:	10.000 EUR

Beitragsfreie Leistungen

Einfach Komplett

Bergungs- und Transportkosten	✓
Kosmetische Operationen	✓
Kurkostenbeihilfe	✓

Einfach Besser

Bergungs- und Transportkosten	bis 500.000 EUR
Kosmetische Operationen	bis 500.000 EUR
Kurkostenbeihilfe	bis 500.000 EUR

Einfach Gut

Bergungs- und Transportkosten	bis 100.000 EUR
Kosmetische Operationen	bis 100.000 EUR
Kurkostenbeihilfe	bis 100.000 EUR

Gliedertaxe

- Bei der Produktlinie „Einfach Gut“ gilt die Gliedertaxe „Standard“ vereinbart.
- Bei der Produktlinie „Einfach Besser“ gilt die Gliedertaxe „Komfort“ vereinbart
- Bei der Produktlinie „Einfach Komplett“ ist die Gliedertaxe frei wählbar.

Gefahrengruppeneinteilung

Gefahrengruppe A

Gefahrengruppe B1

Gefahrengruppe B2

Maßgeblich für die Einstufung ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit bzw. Beschäftigung, nicht der erlernte Beruf. Hinweise hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter www.haftpflichtkasse.de.

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
Feuerwerker/Pyrotechniker
Flugzeugbesatzungen/Drachenflieger
Kriegsteilnehmer
Schiffsbesatzungen
Sprengpersonal
Stuntmen
Such- und Räumungspersonal für Munition/explosive Stoffe

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, B1 oder B2.

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.

Gesundheitsfrage

Die nachstehenden Gesundheitsfragen sind lediglich bei der Wahl der Produktlinie **Einfach Komplett** zu beantworten.

- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die in den letzten 5 Jahren zu einer stationären **Krankenhausbehandlung** oder zu einer **ambulanten Operation** geführt haben?
- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die in den letzten 12 Monaten zu einer regelmäßigen **Medikamenteneinnahme** geführt haben? (Unter regelmäßig verstehen wir: Täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten)
- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die zu einem **Grad der Behinderung** geführt haben?

Eine **detailliertere Liste** der anzugebenden Erkrankungen oder Gebrechen können Sie der nachfolgenden Seite entnehmen.

Wir bitten um wahrheitsgemäße Angaben auf dem Unfallversicherungs-Antrag.

Herz / Kreislauf / Blutgefäßerkrankungen	• Aneurysma • Angina Pectoris (Brustenge) • Arterielle Verschlusskrankheiten • Arterienverkalkung (Arteriosklerose) • Bypass (Stent)	• Herzinfarkt (Myokardinfarkt) • Herzleiden/-erkrankung • Herzrhythmusstörungen • Thrombose
Wirbelsäule / Bewegungsapparat	• Amputation • Arthritis/Rheuma (Gelenkentzündung) • Arthrose (Gelenkverschleiß) • Bänder-Schäden/-Risse/-Entzündung • Bandscheibenschaden/-vorfall • Bauchwandbrüche • Bechterew-Krankheit • Borreliose • Fibromyalgie • Fraktur(en) • Gelenkversteifung(en) • Gichtkrankung • Glasknochenkrankheit • Knochen-/ Knorpelerkrankung • Luxation(en)	• Marfan-Syndrom • Meniskusschäden • Muskel-Schäden/-Risse/-Entzündung/-Schwund • Osteoporose • Paget-Krankheit • Parese / Lähmung • Rheumaerkrankung • Rückenmarkserkrankung • Sehnen-Schäden/-Risse/-Entzündung (z.B. Impingement-Syndrom) • Skoliose / Kyphose • Spina bifida • Spinalkanalstenose • Spondylolisthesis / Spondylolyse
Gehirn / Nerven / Psyche	• Alzheimer/Demenz/Gedächtnisverlust • Aufmerksamkeitsdefizit / ADS / ADHS • Autismus • Burn-Out/Adynamie/Fatigue-Syndrom • Chorea major (Huntington) • Chorea minor (Sydenham) • Depressionen • Epilepsie / sonst. Krampfanfälle • Erkrankungen / Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems • Hirnnervenschädigung/-lähmung	• Komplexes regionales Schmerzsyndrom / Morbus Sudeck / CRPS • Manisch depressive Erkrankung • Multiple Sklerose • Neurose • Paranoia • Parkinson • Persönlichkeitsstörung • Psychose • Schädelhirntrauma 2./3. Grades • Schizophrenie • Schlaganfall (Apoplex)
Blut / Immunsystem / Stoffwechsel	• AIDS/HIV • Bluterkrankheit (Hämophilie) • Diabetes Mellitus	• Mukoviszidose / zystische Fibrose • Sonstige Blutgerinnungsstörungen, auch durch Medikamente (z.B. Marcumar)
Tumor / Krebs / Zyste	• Tumor (gutartig / bösartig) • Knochenmark-/Stammzelltransplantation(en)	• Krebserkrankung • Zysten
Innere Organe	• Bauchspeicheldrüsen-Erkrankung • COPD • Colitis Ulcerosa • Fibrose • Leberleiden/-erkrankung	• Morbus Crohn • Nierenleiden/-erkrankung • Organtransplantation • Sarkoidose • Tuberkulose
Augen / Ohren	• Blindheit / Halbseitenblindheit • Dioptrien -8 oder mehr (Kurzsichtigkeit)	• Hornhautverletzung • Menière-Krankheit • Netzhauterkrankung/-verletzung
Suchterkrankungen	• Alkoholmissbrauch • Drogenmissbrauch	• Medikamentenmissbrauch
Fehlbildungen / Prothesen / Implantate	• Amputation • Fehlbildung(en) Gliedmaße, Organe, Gehirn, Sinnesorgane	• Künstlicher Darmausgang • Prothese / Implantat Gliedmaße, Organe, Sinnesorgane
Kortison- (Cortison-) Therapie	• Erkrankung/Gebrechen unter Einnahme Kortison (Cortison)	

IX Einwilligung zur Nutzung des elektronischen Kommunikationsweges - Papierlosnachlass



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Haftpflichtkasse VVaG nutzt zur Wahrung der Integrität und Vertraulichkeit beim Versenden von E-Mails automatisch die Transportverschlüsselung TLS (Transport Layer Security). Eine zusätzliche Inhaltsverschlüsselung erfolgt einzelfallbezogen bzw. dann, wenn eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten nur durch diesen zusätzlichen Schutz gewährleistet werden kann.

Bei Ihrer Versicherung ist ein solcher zusätzlicher Schutz notwendig: Soweit Sie sich für den Papierlos-Nachlass in der Sparte Unfallversicherung entschieden haben erhalten Sie unsere Schriftstücke zu Ihrer Unfallversicherung ausschließlich über unser Mail-Portal. Die Schriftstücke liegen dort passwortgeschützt für Sie zur Abholung bereit, wegen des Passwortes ist eine einmalige Registrierung im Mail-Portal erforderlich.

Hinweise für die einmalige Registrierung erhalten Sie automatisch per E-Mail. Wir informieren Sie auch per E-Mail, wenn neue Schriftstücke in das Portal eingestellt wurden. Teilen Sie uns deshalb bitte immer zeitnah mit, wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert. Denn nur ein empfangsbereites elektronisches E-Mail-Postfach stellt sicher, dass Sie unsere Mitteilungen zu neuen Schriftstücken erhalten.

Sollten wir feststellen, dass ihr elektronisches E-Mail-Postfach nicht (mehr) empfangsbereit ist, weil uns z.B. eine veraltete oder fehlerhafte E-Mail-Adresse vorliegt, erfragen wir bei Ihnen postalisch Ihre aktuelle E-Mail-Adresse.

Soweit Sie sich für den Papierlos-Nachlass in der Sparte Unfallversicherung entschieden haben gelten folglich die o.g. Regelungen und Voraussetzungen des Papierlosnachlasses als vereinbart, indem Sie erklären:

Ich möchte Schriftstücke der Haftpflichtkasse ausschließlich elektronisch über das Mail-Portal der Haftpflichtkasse VVaG erhalten und habe mein elektronisches E-Mail-Postfach empfangsbereit eingerichtet. Den oben beschriebenen Voraussetzungen des Papierlosnachlasses stimme ich zu, Änderungen meiner E-Mail-Adresse werde ich der Haftpflichtkasse VVaG zeitnah mitteilen.

Diese Erklärung können Sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen, hierzu genügt eine E-Mail oder ein Schreiben per Briefpost. Dadurch entfallen die Voraussetzungen des Papierlos-Nachlasses (5 %) und der Versicherungsbeitrag erhöht sich. Die Schreiben der Haftpflichtkasse VVaG erhalten Sie dann künftig auf postalischem Wege.

X Hinweis zum Datenschutz



Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Die Haftpflichtkasse VVaG (im Folgenden „Haftpflichtkasse“) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Die Haftpflichtkasse VVaG
Darmstädter Str. 103
64380 Roßdorf

Postfach 11 26
64373 Roßdorf

Telefon: 0 61 54 / 6 01-0
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 88
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@haftpflichtkasse.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Haftpflichtkasse bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung/-ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Haftpflichtkasse und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Verifizierung Ihrer bei uns angegebenen Adresse vor der Zustellung von Schriftstücken,
- zur Unterstützung bei der Authentifizierung, insbesondere bei Anrufen

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten, den Abgleich Ihrer Daten mit sogenannten Sanktionslisten, um Rechtsvorschriften zur Terrorismusbekämpfung (zum Beispiel Verordnung (EG) 2580/2001) zu genügen oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Rückversicherern können Sie unserer Internetseite unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datschutz entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datschutz entnehmen.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Versicherungsfälle und gegebenenfalls Krankheiten oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (bestehende oder gekündigte der letzten 3 bzw. 5 Jahre). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag. Diese Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. b) DSGVO sowie Art. 6 Abs. 1 Buchst. f) DSGVO.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis der von Ihnen gemachten Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert bei der Antrags- sowie der Vertragsbearbeitung. Die Entscheidung erfolgt dabei insbesondere auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmale. Die vollautomatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken und den daraus abgeleiteten Regeln und Bearbeitungsrichtlinien.

Weiterer Personenkreis

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.) geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.

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. Die Gesellschaft kann zur Erreichung des Unternehmenszweckes andere Versicherungsbestände übernehmen und die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen fortführen oder verwalten. Sie ist weiter berechtigt, sich an Unternehmen anderer Art, deren Gegenstand mit dem Zweck der Gesellschaft im wirtschaftlichen Zusammenhang steht, zu beteiligen. Desgleichen kann sie selbstständige Versicherungsunternehmen oder damit unmittelbar zusammenhängende andere Wirtschaftsunternehmen erwerben oder neu errichten.

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 ausgezahlt, wenn sie weniger als 10 % der Jahresprämie betragen würde. Mitglieder, deren Vertragsverhältnis im letzten Geschäftsjahr nicht schadensfrei 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.

Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstands.

Die Mitgliederversammlung wählt die Mitglieder des Aufsichtsrats.

Die Mitgliederversammlung wählt die Mitgliedervertreter.

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 Aufsichtsrat kann sowohl ordentliche als auch stellvertretende Vorstandsmitglieder bestellen sowie ein Vorstandsmitglied zum Vorsitzenden des Vorstands oder zum Sprecher des Vorstands ernennen.

Der Vorstand führt die Geschäfte des Vereins nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der vom Aufsichtsrat aufgestellten Geschäftsordnung.

Der Verein wird gesetzlich durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

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 regelmäßig 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. Die Mitgliederversammlung kann ein Aufsichtsratsmitglied für eine kürzere Amtsdauer bestellen; Wiederwahl ist zulässig.

Jedes Mitglied des Aufsichtsrats kann sein Amt unter Einhaltung einer vierwöchigen Kündigungsfrist auch ohne wichtigen Grund niederlegen. Die Kündigung ist dem Vorsitzenden des Aufsichtsrats 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.

Die Mitglieder des Aufsichtsrats werden von der Mitgliederversammlung gewählt, der Aufsichtsrat wird unverbindliche Wahlvorschläge unterbreiten.

§ 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 Amt aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen vorzunehmen.
2. Aufsichtsräte scheiden mit der dem 72. Geburtstag folgenden Mitgliederversammlung aus ihrem Amt.
3. Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrats erfolgt durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter schriftlich, fernmündlich oder durch elektronische Medien.
4. Die Beschlüsse des Aufsichtsrats werden in den Sitzungen gefasst, Beschlussfassung in schriftlicher Form oder durch elektronische Medien ist zulässig, wenn der Vorsitzende des Aufsichtsrats aus besonderen Gründen eine solche Beschlussfassung anordnet und kein Mitglied des Aufsichtsrats diesem Verfahren widerspricht.
5. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder an der Sitzung teilnehmen. Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit 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 Aufsichtsrats werden namens des Aufsichtsrats durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter abgegeben. Über die Verhandlungen und Beschlüsse des Aufsichtsrats ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden des Aufsichtsrats oder seinem Stellvertreter zu unterzeichnen ist.

§ 14

Dem Aufsichtsrat obliegt die gesetzlich vorgesehene Überwachung der Geschäftsführung des Vorstands. 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 Aufsichtsrats:

- a) zur Erteilung von Prokuren,
- b) zur Aufnahme langfristiger Verbindlichkeiten,
- c) zum Erwerb und der Veräußerung von Grundeigentum.

§ 15

Die Mitglieder des Aufsichtsrats erhalten eine jährliche Vergütung, über deren Höhe die Mitgliederversammlung beschließt.

Mitgliedervertreter

§ 16

1. Oberste Vertretung des Vereins ist die Mitgliederversammlung. Sie vertritt die Gesamtheit der Mitglieder und besteht aus höchstens 24, mindestens 16 Mitgliedervertretern.
2. Wählbar sind alle volljährigen Mitglieder des Vereins, die das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Die Wiederwahl ist zulässig. Nicht wählbar sind Mitglieder des Aufsichtsrats sowie Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit dem Verein oder in den Diensten eines anderen Versicherers stehen. Ausnahmen können zugelassen werden.
3. Die Wahl der Mitgliedervertreter erfolgt für die Dauer von bis zu sechs Jahren, wobei die Dauer bei der Wahl von der Mitgliederversammlung festgelegt wird. Alle 2 Jahre sollen 1/3 der Mitgliedervertreter gewählt werden.

Wahlverfahren

§ 17

1. Die Wahlen der Mitgliedervertreter sind geheim. Gewählt wird mit Stimmzetteln.
2. Der Vorstand stellt für jede Wahl mindestens einen Wahlkandidaten auf. Aufsichtsrat und Mitgliederversammlung können eigene Kandidaten 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.

Mitgliederversammlung

§ 18

1. Die Mitgliederversammlung wird durch den Vorstand einberufen. Sie soll in den ersten 8 Monaten eines jeden Jahres an einem in der Bundesrepublik Deutschland gelegenen Ort stattfinden.
2. 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.
3. Der Vorstand ist ermächtigt, die vollständige oder teilweise Bild- und Tonübertragung der Mitgliederversammlung zuzulassen.
4. Der Vorstand ist ermächtigt, vorzusehen, dass die Mitgliedervertreter an der Mitgliederversammlung auch ohne Anwesenheit an deren Ort teilnehmen und sämtliche oder einzelne ihrer Rechte ganz oder teilweise im Wege elektronischer Kommunikation ausüben können (Online-Teilnahme). Der Vorstand bestimmt die näheren Einzelheiten des Verfahrens und macht diese mit der Einberufung der Mitgliederversammlung bekannt.
5. Der Vorstand ist ermächtigt, vorzusehen, dass die Mitgliedervertreter ihre Stimmen, auch ohne an der Mitgliederversammlung teilzunehmen, schriftlich oder im Wege elektronischer Kommunikation abgeben dürfen. Der Vorstand bestimmt die näheren Einzelheiten des Verfahrens und macht diese mit der Einberufung der Mitgliederversammlung bekannt.
6. Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrats oder sein Stellvertreter oder ein vom Vorsitzenden zu bestimmendes Aufsichtsratsmitglied.
7. Das Stimmrecht kann nur persönlich ausgeübt werden.
8. Der Versammlungsleiter kann eine von der Ankündigung der Tagesordnung abweichende Reihenfolge der Verhandlungsgegenstände bestimmen.
9. Die Versammlung ist bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Mitgliedervertreter beschlussfähig. Ist die erforderliche Anzahl nicht gegeben, 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.
10. Soweit die gesetzlichen Vorschriften einer Minderheit Rechte gewähren, stehen diese einer Minderheit von 5 Mitgliedervertretern zu.
11. 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.

12. Mitgliedervertreter können wegen grober Verletzung ihrer Pflichten oder aus einem anderen wichtigen Grunde – beispielsweise bei Insolvenz des Mitgliedvertreters oder Beteiligung an einem anderen Versicherungsunternehmen oder Vertretung eines anderen Versicherungsunternehmens – von der Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen ausgeschlossen werden.
13. Die Mitgliederversammlung gibt sich eine Geschäftsordnung, die Regelungen zur inneren Ordnung und Vergütung enthält.

Vergütung

§ 19

Die Mitgliedervertreter erhalten eine Vergütung für Reiseaufwand und Zeitversäumnis. Die Höhe der Vergütung wird auf Vorschlag des Vorstands durch Beschluss des Aufsichtsrats festgesetzt.

Vorschlagsrecht der Mitglieder

§ 20

Die Vereinsmitglieder können Vorschläge für die Wahl der Mitgliedervertreter und Anträge zur Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung 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 Aufsichtsrats 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 Pensionsfondsaufsicht vom 20.06.2023 (GZ: VA 33 – I 5002-5374 – 2023/0001).“

**Die Haftpflichtkasse WaG**

Sitz der Gesellschaft:
Roßdorf bei Darmstadt
Amtsgericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift

Darmstädter Str. 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

Merkur Privatbank
IBAN DE18 7013 0800 0002 4104 86

Postbank
IBAN DE10 5001 0060 0003 8086 09

USt.-IdNr. DE114107077

VersSt-Nr. 807/V90807010505

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Roman Blaser

Vorstand

Dr. Frank Welfens, Vorsitzender
Dr. Claus Hunold
Sascha Quillet