

Kundeninformation zu Ihrer Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zum Abschluss Ihrer Unfallversicherung geben wir Ihnen folgende Erläuterungen:

1. Versicherer

Ihr Versicherer ist die Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit

Postanschrift:	Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. Karl-Wiechert-Allee 55 30625 Hannover
Telefon:	0511/5701-3030
Telefax:	0511/5701-3000
Mail:	versicherungen@concordia.de
Aufsichtsratsvorsitzender:	Jörn Dwehus
Vorstand:	Dr. Stefan Hanekopf (Vorsitzender), Johannes Grale, Dirk Gronert, Henning Mettler, Lothar See

Sitz der Gesellschaft: Hannover
Handelsregister: Amtsgericht Hannover HRB 3461

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. besteht in dem Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung.

3. Zuständige Aufsichtsbehörde

Postanschrift: Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die wesentlichen Merkmale Ihres Versicherungsvertrags entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen. Nachfolgend werden die wesentlichen Merkmale in einer knappen und keinesfalls abschließend gewollten Darstellung zusammengefasst:

a) Vertragsgrundlagen

Maßgeblich für Ihren Versicherungsvertrag sind neben Ihrem Antrag die beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Unfallversicherung (AUB 2020 Sorglos) – Fassung April 2020 sowie die Satzung der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. – Fassung 03.06.2016.

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

b) Versicherungsumfang

Versichert sind Unfälle, die Ihnen und / oder einer anderen im Antrag genannten versicherten Person zustoßen. Soweit Sie nichts anderes mit uns vereinbaren, gilt das grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich, weltweit und rund um die Uhr, auch wenn Sie den Unfall selbst verschuldet haben.

Welche Leistungen wir erbringen, ergibt sich aus den im Antrag vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen. Einzelheiten zu den Bestimmungen zum Versicherungsumfang finden Sie unter Ziffer 1 und 2 AUB 2020.

Einzelheiten zur Fälligkeit und Erfüllung der Leistung finden Sie unter Ziffer 9 AUB 2020.

5. Beitrag und Zahlungsweise

Den Beitrag, den Sie für den Versicherungsschutz zu entrichten haben, finden Sie im Antrag. Dieser gilt für die vereinbarte Zahlungsweise und enthält die gesetzliche Versicherungsteuer sowie ggf. den Ratenzahlungszuschlag.

Einzelheiten zur Zahlungsweise entnehmen Sie dem Antrag oder dem Versicherungsschein.

Einzelheiten zur Erfüllung Ihrer Zahlungsverpflichtung finden Sie unter Ziffer 11 AUB 2020.

6. Befristung und Gültigkeitsdauer

Unser Vorschlag einschließlich der dafür berechneten Beiträge ist bis zur Einführung eines neuen Tarifs bzw. Änderung der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen in der Unfallversicherung gültig, soweit auf dem Vorschlag nichts anderes vermerkt ist.

7. Vertragsabschluss, Vertragsbeginn und Widerrufsrecht

Der Vertragsabschluss kommt dadurch zustande, dass wir Ihnen die Annahme Ihres gestellten Antrags in Form einer schriftlichen Annahmeerklärung oder durch Übersendung des Versicherungsscheines bestätigen.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag angegebenen Zeitpunkt, sofern Sie die unter Ziffer 11 AUB 2020 beschriebenen Zahlungsverpflichtungen einhalten.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. 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,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (nur für Verbraucherverträge),**
- **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:

Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G., Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags 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 entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags, 1/90 des Vierteljahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind in dem Versicherungsantrag unter „Vertragslaufzeit“ oder unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Der Versicherer hat zurückzahlende 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. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch 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:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

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

Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
11. 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;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

8. Vertragsdauer und Vertragsbeendigung

Ihr Vertrag ist für den im Antrag angegebenen Zeitraum abgeschlossen. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht einer der Vertragsparteien spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist. Haben Sie Ihren Vertrag von vornherein mit einer Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen, können Sie ihn zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist kündigen.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsvertrag nach Eintritt eines Versicherungsfalls gemäß Ziffer 10.3 AUB 2020 zu kündigen. Die genauen Kündigungsfristen hierzu entnehmen Sie bitte den genannten Bestimmungen.

9. Rechtsgrundlagen vor Abschluss des Vertrags

Der Aufnahme von Vertragsbeziehungen zum Versicherungsnehmer legt die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

10. Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können sie Ihre Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebs zuständigen Gericht geltend machen.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebs zuständigen Gericht geltend machen.

11. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch. Wir weisen darauf hin, dass andere Sprachen für den Vertragsabschluss nicht zur Verfügung stehen.

12. Beschwerden

Unser wichtigstes Anliegen ist es, Ihnen als Kunden einen hervorragenden Service zu bieten. Aber auch wir sind nicht fehlerfrei und wollen diesen Service ständig weiter verbessern. Wenn Sie der Meinung sind, dass wir etwas falsch gemacht haben, rufen Sie einfach uns oder Ihren zuständigen Ansprechpartner vor Ort an und schildern Sie Ihr Anliegen oder bitten Sie um unseren Rückruf. Wir werden uns dann schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Sie können uns Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde ebenfalls per E-Mail an Beschwerdemanagement@Concordia.de oder schriftlich mitteilen.

Unsere Adresse lautet:
Concordia Versicherungen
Zentrales Beschwerdemanagement
30621 Hannover

Bei Beschwerden können Sie sich aber auch an die unter Ziffer 3 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

Darüber hinaus ist unser Unternehmen Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

www.versicherungsombudsmann.de
Die Postanschrift lautet:
Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Hiervon unberührt bleibt für Sie als Versicherungsnehmer selbstverständlich die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich für eine Unfallversicherung bei unserer Gesellschaft entscheiden und danken Ihnen schon jetzt für das Vertrauen, das Sie in uns setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Unfallversicherung (AUB 2020 Sorglos)

– Fassung April 2020 –

- **Versicherungsumfang zur Unfallversicherung**
- **Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020) Sorglos Classic**
- **Besondere Bedingungen Sorglos (BB Sorglos)**
- **Besondere Bedingungen Bausteine**
- **Besondere Vereinbarungen**

Versicherungsumfang zur Unfallversicherung

I. Versichert sind die im Versicherungsschein genannten Personen mit den jeweils dort genannten Bausteinen, Leistungsarten und Versicherungssummen		
II. Im Rahmen der Versicherungssummen sind – bezogen auf die bei der Concordia versicherten Leistungsarten – versichert:	Sorglos	Sorglos Classic
1. Unfälle in der ganzen Welt – unfreiwilliges Erleiden einer Gesundheitsschädigung durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis – (Ziffer 1.2 AUB 2020)	●	●
2. Erhöhte Kraftanstrengung: Gelenkverrenkungen oder Muskel-, Sehnen-, Bänder- oder Kapselzerrungen oder -risse an Gliedmaßen oder Wirbelsäule (Ziffer 1.4.1 AUB 2020)	●	●
3. Eigenbewegungen: Gelenkverrenkungen oder Muskel-, Sehnen-, Bänder-, Kapsel- oder Meniskenzerrungen oder -risse (an Gliedmaßen oder Wirbelsäule) sowie Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche (Ziffer 3 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
4. Tauchtypische Gesundheitsschäden sowie Ertrinkungs- und Erstickungstod unter Wasser (Ziffer 1.4.2 AUB 2020)	●	●
5. Druckkammerkosten (Ziffer 1.4.3 AUB 2020)	● bis 20.000 €	● bis 20.000 €
6. Gesundheitsschädigungen bei Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen (Ziffer 1.4.4 AUB 2020)	●	●
7. Gewalttätige Auseinandersetzungen und Innere Unruhen (Ziffer 1.4.5 AUB 2020)	●	●
8. Vergiftungen durch Gase und Dämpfe (Ziffer 1.4.6 AUB 2020)	●	●
9. Erfrierungen, Sonnenbrand und Sonnenstich (Ziffer 1.4.7 AUB 2020)	●	●
10. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall (Ziffer 1 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
11. Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (Ziffer 2 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
12. Meldefrist bei Invaliditätsschäden (Ziffer 2.1.1.3 AUB 2020 und Ziffer 4 BB Sorglos)	● 30 Monate	● 21 Monate
13. Wahlmöglichkeit zwischen 3 unterschiedlichen Gliedertaxen: L, XL oder XXL (Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2020)	●	●
14. Erhöhte Invaliditätsleistung bei Kopfverletzungen beim Tragen eines Schutzhelms (Ziffer 2.1.2.2.3 AUB 2020)	●	●
15. Doppelte Todesfallsumme, max. 30.000 € zusätzlich, bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Ziffer 2.4.2.2 AUB 2020)	●	●
16. Todesfallleistung bei Verschollenheit (Ziffer 2.4.2.3 AUB 2020)	●	●
17. Doppelte Todesfallleistung für Kinder bei Tod beider Elternteile (Ziffer 5 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
18. Verzicht auf Anrechnung von Bewusstseinsstörung bei Todesfallleistung (Ziffer 6 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
19. Erweiterte Todesfallleistung (auch im zweiten Jahr) (Ziffer 7 BB Sorglos)	●	nicht vereinbart
20. Kosmetische Operationen (Ziffer 2.8.1 AUB 2020 und Ziffer 8 BB Sorglos)	● bis 50.000 €	● bis 10.000 €

21. Zahnersatz im Rahmen der kosmetischen Operationen (Ziffer 2.8.1.1 AUB 2020 und Ziffer 9 BB Sorglos)	● für alle Zähne	● für Schneide- und Eckzähne
22. Leistung bei unfallbedingter Zerstörung von Zahnersatz im Rahmen der kosmetischen Operationen (Ziffer 9 BB Sorglos)	● bis 5.000 €	● nicht vereinbart
23. Bergungskosten (Ziffer 2.8.2 AUB 2020 und Ziffer 10 BB Sorglos)	● bis 100.000 €	● bis 50.000 €
24. Kurbeihilfe (Ziffer 2.8.3 AUB 2020)	● 3.000 €	● 3.000 €
25. Sofortleistung bei Schwerverletzungen (gemäß Ziffer 2.8.4 AUB 2020 und Ziffer 11 BB Sorglos)	● bis 10.000 €	● bis 5.000 €
26. Umbau-, Umzugs- und Umschulungsmaßnahmen (Ziffer 2.8.5 AUB 2020 und Ziffer 12 BB Sorglos)	● bis 5.000 €	● bis 3.000 € ab 50 % Invalidität
27. Haushaltshilfegeld (Ziffer 2.8.6 AUB 2020)	● 30 € je Tag, max. 600 €	● 30 € je Tag, max. 600 €
28. Psychologische Soforthilfe bei Raubüberfall oder Geiselnahme (Ziffer 2.8.7 AUB 2020)	● bis 3.000 €	● bis 3.000 €
29. Familienvorsorge bis zu 6 Monate (Ziffer 2.8.8 AUB 2020 und Ziffer 13 BB Sorglos)		
● Invaliditätssumme	● 100.000 €	● 60.000 €
● Todesfallsumme	● 10.000 €	● 6.000 €
● Unfallkrankhaustagegeld (gemäß Baustein Krankenhaus)	● 25 €	● 20 €
30. Leistungsverbesserungs-Garantie (Ziffer 2.8.9 AUB 2020)	●	●
31. Anrechnung Mitwirkungsanteil (Ziffer 3 AUB 2020 und Ziffer 14 BB Sorglos)	● Verzicht auf Anrechnung	● ab 50 %
32. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit (Ziffer 5.1.1 AUB 2020)	●	●
33. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall sowie durch ärztlich verordnete Medikamente (Ziffer 5.1.1 AUB 2020)	●	●
34. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge von Übermüdung (Ziffer 15 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
35. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs (Ziffer 16 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
36. Überraschende Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse (Ziffer 5.1.3 AUB 2020 und Ziffer 17 BB Sorglos)	● bis zu 21 Tage	● bis zu 14 Tage
37. Teilnahme an Fahrtveranstaltungen (Ziffer 18 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
38. Strahlenschäden (Ziffer 5.2.2 AUB 2020)	●	●
39. Heilmaßnahmen (Ziffer 19 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
40. Infektionskrankheiten (Ziffer 5.2.4 AUB 2020)	●	●
41. Allergische Reaktionen inkl. Desensibilisierungsmaßnahmen (Ziffer 20 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
42. Vergiftungen durch Lebensmittel sowie durch für Lebensmittel gehaltene Stoffe (Ziffer 5.2.5 AUB 2020)	●	●
43. Psychische Störungen (Ziffer 5.2.6 AUB 2020)	●	●
44. Verspäteter Behandlungsbeginn bei Geringfügigkeit (Ziffer 7.1 AUB 2020)	●	●
45. Lohnausfall der Selbstständigen durch ärztliche Untersuchung (ohne Nachweis) (Ziffer 7.3 AUB 2020)	● 1‰ der Invaliditätssumme, max. 600 €	● 1‰ der Invaliditätssumme, max. 600 €
46. Verlängerte Anzeigefrist im Todesfall (Ziffer 7.5 AUB 2020 und Ziffer 21 BB Sorglos)	●	●
47. Attestkosten – ärztliche Gebühren, die zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen – (Ziffer 9.1.1 AUB 2020)	● Ersatz in voller Höhe	● Ersatz in voller Höhe
48. Vorschussleistung (Ziffer 9.1.3 AUB 2020 und Ziffer 22 BB Sorglos)	● bis zu 50 % der Invaliditätssumme	● bis zu 25 % der Invaliditätssumme
49. Neufeststellung der Invalidität (Ziffer 23 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
50. Leistungs-Garantie gegenüber GDV-Musterbedingungen (Ziffer 24 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
51. Besserstellungs-Garantie (Ziffer 25 BB Sorglos)	●	● nicht vereinbart
52. Produktverbesserungs-Garantie (Ziffer 20 AUB 2020)	● sofern gewünscht	● sofern gewünscht

III. Bei Wahl der folgenden zusätzlichen Bausteine gelten im Rahmen der Versicherungssummen – bezogen auf die bei der Concordia versicherten Leistungsarten – folgende Einschlüsse und Erweiterungen vereinbart:

	Krankenhaus
1. Krankenhaustagegeld max. 5 Jahre (Ziffer 1.2.1 BB Bausteine)	●
2. Erhöhtes Krankenhaustagegeld ab 4. Tag (Ziffer 1.2.2 BB Bausteine)	●
3. Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland, max. 30 € je Tag zusätzlich (Ziffer 1.2.3 BB Bausteine)	●
4. Erweitertes Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in Sanatorien (Ziffer 1.3 BB Bausteine)	●
5. Erweitertes Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen (Ziffer 1.4 BB Bausteine)	●
	Krankenhaus Plus
6. Krankenhaustagegeld max. 5 Jahre (Ziffern 2.1 und 1.2.1 BB Bausteine)	●
7. Erhöhtes Krankenhaustagegeld ab 4. Tag (Ziffern 2.1 und 1.2.2 BB Bausteine)	●
8. Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland, max. 30 € je Tag zusätzlich (Ziffern 2.1 und 1.2.3 BB Bausteine)	●
9. Erweitertes Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in Sanatorien (Ziffern 2.1 und 1.3 BB Bausteine)	●
10. Erweitertes Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen (Ziffern 2.1 und 1.4 BB Bausteine)	●
11. Einzel-/Zweibettzimmer / Chefarztbehandlung (Ziffer 2.2 BB Bausteine)	●
	Genesung
12. Leistung bei Bänderrissen und Knochenbruch (Gipsgeld) (Ziffer 3.1 BB Bausteine)	● bis 100 €
13. Hilfe- und Pflegeleistungen (Ziffer 3.2 BB Bausteine)	● sofern gewünscht
14. Erweiterte Reisedeckung (Ziffer 3.3 BB Bausteine)	● sofern gewünscht
	Genesung Plus
15. Leistung bei Bänderrissen und Knochenbruch (Gipsgeld) (Ziffern 4.1 und 3.1 BB Bausteine)	● 200 €
16. Hilfe- und Pflegeleistungen (Ziffern 4.2 und 3.2 BB Bausteine)	●
17. Reha-Management (Ziffer 4.3 BB Bausteine)	●
18. Erweiterte Reisedeckung (Ziffern 4.4 und 3.3 BB Bausteine)	●
	Kinder Plus
19. Monatliche Vollwaisenrente 500 € (Ziffer 5.1 BB Bausteine)	● sofern gewünscht
20. Kapitalzahlung bei Todesfall der Eltern (Ziffer 5.2 BB Bausteine)	● 10.000 €
21. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern, sofern der Versicherungsnehmer verstirbt (Ziffer 5.3 BB Bausteine)	●
22. Vergiftungen bei Kindern (Ziffer 5.4 BB Bausteine)	● bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
23. Rooming-in-Leistung bei Kindern (Ziffer 5.5 BB Bausteine)	● 30 € je Übernachtung, max. 600 €
24. Erhöhtes Haushaltshilfegeld (Ziffer 5.6 BB Bausteine)	● zusätzlich 30 € je Tag, insgesamt max. 1.200 €
25. Schulausfallgeld (Ziffer 5.7 BB Bausteine)	● bis max. 2.500 €
IV. Darüber hinaus vereinbarte Erweiterungen oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes sind aus dem Versicherungsschein ersichtlich.	

- bedeutet, dass diese Positionen bei dem vereinbarten Versicherungsumfang auf Grundlage der AUB 2020 (Sorglos Classic) und der Besonderen Bedingungen Sorglos (BB Sorglos) sowie der jeweils vereinbarten Bausteine (BB Bausteine) versichert/vereinbart bzw. bis zu der aufgeführten Begrenzung versichert sind.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020)

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

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

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

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

Ihre Unfallversicherung

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

Sorglos Classic

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
- 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Leistungen sind mitversichert?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten und Leistungen?

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.3 Unfall-Rente
- 2.4 Todesfallleistung
- 2.5 Tagegeld
- 2.6 Sofortleistung bei Krebserkrankungen
- 2.7 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)
- 2.8 Zusätzlich mitversicherte Leistungen:
 - 2.8.1 Kosmetische Operationen
 - 2.8.2 Bergungskosten
 - 2.8.3 Kurbeihilfe
 - 2.8.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.8.5 Umbau-, Umzugs- und Umschulungsmaßnahmen
 - 2.8.6 Haushaltshilfegeld
 - 2.8.7 Psychologische Soforthilfe bei Raubüberfall oder Geiselnahme
 - 2.8.8 Familienvorsorge
 - 2.8.9 Leistungsverbesserungs-Garantie

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

5 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Junge Leute Bonus sowie Vollendung des 55. und 60. Lebensjahres beachten?

- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.3 Junge Leute Bonus sowie Vollendung des 55. und 60. Lebensjahres

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Geldleistungen
- 9.2 Hilfeleistungen

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Der Versicherungsbeitrag

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

- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Individuelle Beitragsregulierung

- 14.1 Erläuterung
- 14.2 Regulierungsmethodik
- 14.3 Schwellenwerte

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

- 15.1 Gesetzliche Verjährung
- 15.2 Aussetzung der Verjährung

16 Welches Gericht ist zuständig?

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

18 Welches Recht findet Anwendung?

19 Sanktions-/Embargobestimmungen

20 Produktverbesserungs-Garantie

Anhang: Berufsgruppenverzeichnis

Besondere Bedingungen Sorglos (BB Sorglos)

- 1 Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall
- 2 Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug
- 3 Eigenbewegungen
- 4 Verlängerte Fristen bei Invaliditätsschäden
- 5 Doppelte Todesfalleistung
- 6 Bewusstseinsstörung bei Todesfalleistung
- 7 Erweiterte Todesfalleistung
- 8 Erhöhte Kosmetische Operationen
- 9 Zahnersatz für alle Zähne
- 10 Erhöhte Bergungskosten
- 11 Erhöhte Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- 12 Erhöhte Umbau-, Umzugs- und Umschulungsmaßnahmen
- 13 Erhöhte Familienvorsorge
- 14 Verzicht auf Mitwirkungsanteil
- 15 Bewusstseinsstörungen infolge Übermüdung
- 16 Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs
- 17 Erweitertes Kriegsrisiko für den Überraschungsfall
- 18 Teilnahme an Fahrtveranstaltungen
- 19 Heilmaßnahmen
- 20 Allergische Reaktionen inkl. Desensibilisierungsmaßnahmen
- 21 Anzeigefrist für den Todesfall
- 22 Erhöhte Vorschussleistung
- 23 Neufeststellung der Invalidität
- 24 Leistungs-Garantie gegenüber GDV-Musterbedingungen
- 25 Besserstellungs-Garantie

Besondere Bedingungen Bausteine (BB Bausteine)

- 1 Baustein Krankenhaus
- 2 Baustein Krankenhaus Plus
- 3 Baustein Genesung
- 4 Baustein Genesung Plus
- 5 Baustein Kinder Plus

Besondere Vereinbarungen (Klauseln)

Sorglos Classic

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

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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.

1.4.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken und Erstickten

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet

Beispiel: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

1.4.3 Druckkammerkosten

Wir übernehmen die Kosten für eine Dekompressionskammer bis zur Höhe von 20.000 €. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, so können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten bis zur Höhe von 20.000 € geltend machen.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1.4.4 Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person

- bei rechtmäßiger Verteidigung oder
- bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Versicherung eingeschlossen.

1.4.5 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Gesundheitsschädigungen, durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, in die die versicherte Person nicht als Urheber gerät, sind mitversichert.

In jedem Fall besteht immer Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat.

1.4.6

Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.4.7

Erfrierungen, Sonnenbrand und Sonnenstich

Gesundheitsschäden

- durch Erfrierungen sowie
- das Erleiden eines Sonnenbrands oder Sonnenstichs

gelten auch als Unfallereignis.

Als mitversicherter Sonnenbrand gelten durch UV-Strahlungen verursachte Entzündungen der Haut, wenn es hierdurch an den entzündeten Stellen der Haut zur Bildung von Blasen kommt (Verbrennungen zweiten Grades).

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 5).

2

Welche Leistungsarten (Ziffern 2.1 – 2.7) können vereinbart werden? Welche Leistungen (Ziffer 2.8) sind mitversichert?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten und Leistungen?

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

Von den Ziffern 2.1 – 2.7 gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein 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 18 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 3 Monaten 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 21 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.4 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 2.4), 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 € und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 €.

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 9.1.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen

Es gilt die jeweils mit uns vereinbarte und im Versicherungsschein genannte Gliedertaxe.

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

● Gliedertaxe L

- 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 %
- Niere 20 %
- Milz 10 %

● Gliedertaxe XL

- Arm 80 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 75 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 70 %
- Hand 70 %
- Daumen 25 %
- Zeigefinger 15 %
- anderer Finger 10 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 65 %
- Bein bis unterhalb des Knies 60 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 55 %
- Fuß 50 %
- große Zehe 10 %
- andere Zehe 5 %

- Auge 50 %
- Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 70 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Gehör auf beiden Ohren 70 %
- Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohrs bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 50 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %
- Stimme 60 %
- Niere 20 %
- Beider Nieren oder wenn bereits eine Niere verloren war 100 %
- Milz 10 %
- Milz bei versicherten Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben 20 %
- Galle 10 %
- Magen 20 %
- Darm 25 %
- Lungenflügel 50 %

● Gliedertaxe XXL

- Arm 80 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 80 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 75 %
- Hand 75 %
- Daumen 30 %
- Zeigefinger 20 %
- anderer Finger 15 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 75 %
- Bein bis unterhalb des Knies 65 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 60 %
- Fuß 60 %
- große Zehe 15 %
- andere Zehe 5 %
- Auge 60 %
- Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 100 %
- Gehör auf einem Ohr 45 %
- Gehör auf beiden Ohren 90 %
- Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohrs bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war 70 %
- Geruchssinn 20 %
- Geschmackssinn 20 %
- Stimme 100 %
- Niere 25 %
- Beider Nieren oder wenn bereits eine Niere verloren war 100 %
- Milz 10 %
- Milz bei versicherten Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben 20 %
- Galle 10 %
- Magen 20 %
- Darm 25 %
- Lungenflügel 50 %

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

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

Sofern auch die „Besonderen Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe“ Bestandteil des Vertrags sind, gelten die dort genannten Prozentsätze, soweit sie höher sind als die vorstehend genannten Prozentsätze.

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 Erhöhte Invaliditätsleistung bei Kopfverletzungen beim Tragen eines Schutzhelms

Der gemäß Ziffer 2.1.2.2.2 ermittelte Invaliditätsgrad für Kopfverletzungen wird um 20 % seines Werts erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrradfahren (bei Kindern auch beim Roller-, Lauf- oder Dreiradfahren),
- Skifahren,
- Inlineskaten, Rollschuhfahren und Schlittschuhlaufen,
- Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reiterkappe getragen hat.

Diese Erhöhung erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass im Zeitpunkt des Unfalls noch keine Helm-/Kappenpflicht gesetzlich vorgeschrieben war.

2.1.2.2.4 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 % (bei Gliedertaxe L). 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 %.

2.1.2.2.5 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 % bei Gliedertaxe L) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 % bei Gliedertaxe L). 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.

2.1.3 Besondere Progressions- und Mehrleistungsmodelle

Es gilt das jeweils mit uns vereinbarte im Versicherungsschein genannte Mehrleistungs- oder Progressionsmodell. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

2.1.3.1 Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel mit Höchstleistung von 500 % vereinbart haben, gilt Folgendes:

Höhe der Leistung

2.1.3.1.1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

2.1.3.1.2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.2 Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel mit Höchstleistung von 350 % vereinbart haben, gilt Folgendes:

Höhe der Leistung

2.1.3.2.1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2.1.3.2.2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
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		

2.1.3.3 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistung vereinbart haben, gilt Folgendes:

2.1.3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 90 %.
- Der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

2.1.3.3.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 € und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % zahlen wir eine Invaliditätsleistung von 180.000 €.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 155.000 € beschränkt.

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 3 Monate an.

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 4 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 3 Monaten ausgehen.

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

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 Unfall-Rente

2.3.1 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.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrads gilt die jeweils zur Unfall-Rente vereinbarte und im Versicherungsschein genannte Gliedertaxe L, XL oder XXL (gemäß Ziffer 2.1.2.2.1).

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

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

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Bemessung der Höhe dieser Leistung unberücksichtigt.

2.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.3.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder

- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.1.4 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.

2.4 Todesfalleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

2.4.2.1 Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.2.2 Wir zahlen die doppelte Todesfalleistung, höchstens jedoch zusätzlich 30.000 €, wenn die versicherte Person den Unfall bei der Benutzung nachstehender öffentlicher Verkehrsmittel erleidet:

- als Fluggast bei Reise- oder Rundflügen in einem Propeller- oder Strahlenflugzeug oder in einem Hubschrauber (nicht: Motorsegler, Ultraleichtflugzeug oder beim Fallschirmspringen) sowie
- Schiff, Eisenbahn, Straßenbahn, Omnibus, Untergrundbahn, Hochbahn.

Der Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person

- vom Besteigen bis zum Verlassen des öffentlichen Verkehrsmittels;
- bei Flugreisen vom Eintreffen auf dem Flughafengebiet bis zum Verlassen einschließlich des Flugs, ferner während einer vom Luftfahrtunternehmen wegen schlechten Wetters oder aus technischen Gründen gebotenen Ersatzbeförderung mit Omnibus. Der Versicherungsschutz wird durch ein vorübergehendes Verlassen des Ersatzfahrzeugs nicht unterbrochen. Er besteht jedoch nicht für Unfälle, die die versicherte Person erleidet, wenn sie den Aufenthalt außerhalb des Fahrzeugs zu Zwecken benutzt, die nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Ersatzbeförderung stehen.

2.4.2.3 Todesfalleistung bei Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.5 Tagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.5.2 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.

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

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

2.6 Sofortleistung bei Krebserkrankungen

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erkrankt an einer der folgenden Krankheiten

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Prostatakrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung in Höhe von 10.000 €.

Die Sofortleistung bei schweren 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.

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

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

2.6.3 Anpassung des Beitrags

Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Hierfür maßgeblich ist das jeweilige Geburtsdatum der versicherten Person.

Vor Beginn eines jeden Versicherungsjahres prüfen wir für jede versicherte Person, ob sich anhand deren Geburtsdatum eine Beitragserhöhung aufgrund des Alters ergibt. Ist dies der Fall, erhöht sich mit Beginn des folgenden Versicherungsjahres der zu zahlende Beitrag für die Sofortleistung bei Krebserkrankungen. In Abhängigkeit vom Alter erhöht sich der Beitrag wie folgt:

- Mit Vollendung des 10. Lebensjahres einmalig um 16,75 %
- Mit Vollendung des 15. Lebensjahres einmalig um 14,34 %
- Mit Vollendung des 35. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres jährlich um 4 %
- Mit Vollendung des 61. Lebensjahres bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres jährlich um 5 %.

Wir werden Sie mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung des Beitrags informieren.

2.7 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung vereinbart haben, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik), gilt Folgendes:

2.7.1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Übergangsleistung
- Unfall-Rente
- Todesfalleistung
- Tagegeld
- Krankenhaustagegeld

2.7.2 Anpassung der Versicherungssummen

2.7.2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.7.2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfalleistung auf volle 100 €,
- für die Übergangsleistung auf volle 10 €,

- für die Unfall-Rente auf volle 1 €,
- für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle 0,10 €.

2.7.2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

2.7.3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2.7.4 Verfahren

2.7.4.1 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen.

2.7.4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

2.7.4.3 Wird für eine versicherte Person durch die Erhöhung eine der folgenden Höchstsummen überschritten:

- 1.000.000 € für die Invaliditätsleistung bei Mehrleistung ab 90 %,
- 375.000 € für die Invaliditätsleistung bei Progression 350 %,
- 250.000 € für die Invaliditätsleistung bei Progression 500 %,
- 2.500 € für die Unfall-Rente,
- 500.000 € für die Todesfalleistung,

so wird die Versicherung für diese versicherte Person mit Beginn des folgenden Versicherungsjahres ohne die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag fortgeführt.

Ein Widerruf nach Ziffer 2.7.4.2 ist in diesem Fall nicht erforderlich.

2.7.4.4 Hat eine versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, so wird die Versicherung für diese versicherte Person mit Beginn des folgenden Versicherungsjahres ohne die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag fortgeführt.

Ein Widerruf nach Ziffer 2.7.4.2 ist in diesem Fall nicht erforderlich.

2.8 Zusätzlich mitversicherte Leistungen

2.8.1 Kosmetische Operationen

2.8.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Wir leisten auch Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

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.

2.8.1.2 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,

insgesamt bis zur Höhe von 10.000 €.

2.8.2 Bergungskosten

2.8.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.2.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall

- Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
 - Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
 - Mehrkosten bei der Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit diese Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren, oder
 - im Ausland zusätzlich entstehende Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person
- entstanden.

2.8.2.1.2 Bei einem unfallbedingten Todesfall

- im Inland sind Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz
 - im Ausland sind Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz
- entstanden.

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

2.8.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 50.000 €.

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

2.8.3 Kurbeihilfe

2.8.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.3.1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.8.3.1.2 Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2.8.3.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Kurbeihilfe in Höhe von 3.000 € einmalig je Unfall. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2020 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.8.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat unfallbedingt folgende schwere Verletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Arms oder einer Hand
- Amputation eines Beins oder Fußes
- Verbrennungen 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Erblindung auf beiden Augen.

2.8.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung in Höhe von 5.000 €, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.

2.8.5 Umbau-, Umzugs- und Umschulungsmaßnahmen

2.8.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

2.8.5.2 Höhe der Leistung

Wir ersetzen die Kosten von Umbau-, Umzugs- oder Umschulungsmaßnahmen, die gemäß ärztlicher Bescheinigung aufgrund des Unfalls erforderlich sind, einmalig bis max. 3.000 €.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.6 Haushaltshilfegeld

2.8.6.1 Art der Leistung

Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines Unfalls, welcher unter diesen Vertrag fällt, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.

2.8.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 30 € je Tag des vollstationären Aufenthalts, höchstens insgesamt 600 € je Unfallereignis. Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein, im Verhältnis zur versicherten Person, unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.7 Psychologische Soforthilfe bei Raubüberfall oder Geiselnahme

2.8.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Raubüberfall oder die Geiselnahme wurden bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und sind dort protokolliert.

2.8.7.2 Höhe der Leistung

Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für die notwendigen Sitzungen einer psychologischen Betreuung. Die Leistung ist auf insgesamt 3.000 € begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden

2.8.8 Familienvorsorge

Ihre nach dem Versicherungsbeginn hinzukommenden

- Ehepartner nach der Heirat,
- leiblichen Kinder nach Vollendung der Geburt,
- minderjährigen Adoptiv-, Stief- sowie Pflegekinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit Ihnen leben, nach der Aufnahme in Ihren Haushalt,

sind drei Monate lang automatisch mit folgenden Versicherungssummen je Person

- 60.000 € Invaliditätsleistung (mit Mehrleistung ab 90 %)
- 6.000 € Todesfalleistung
- 20 € Krankenhaustagegeld mit Verdopplung ab 4. Tag mitversichert.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den für Sie vereinbarten Bedingungen.

Erfolgt innerhalb der 3-Monatsfrist der Einschluss des neu hinzugekommenen Familienmitglieds in diesen Vertrag, gilt der neu beantragte Versicherungsschutz ohne zusätzliche Beitragsberechnung bis zum Ablauf von sechs Mona-

ten ab dem Zeitpunkt der Eheschließung, der Geburt, bzw. der Aufnahme der Adoptiv-, Stief- sowie Pflegekinder in die häusliche Gemeinschaft.

Die Familienvorsorge entfällt rückwirkend, wenn kein Vertrag über einen sich unmittelbar anschließenden Versicherungsschutz geschlossen wird. Sie kann auch nur einmal für den hinzukommenden Familienangehörigen in Anspruch genommen werden, selbst wenn mehrere Unfallversicherungsverträge bei uns bestehen.

2.8.9 Leistungsverbesserungs-Garantie

Falls die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020) sowie die Besonderen Bedingungen Sorglos ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sowie die neuen Besonderen Bedingungen Sorglos mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

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.

Beispiel: 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 Geldleistungen

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente 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 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Sollte sich in einem Versicherungsfall herausstellen, dass

- der Mitwirkungsanteil weniger als 75 % beträgt und
- die Vertragsbedingungen des direkten Vorvertrags eine Minderung erst ab einem höheren Mitwirkungsanteil als 50 % für die versicherte Person vorsehen,

werden wir analog der Höhe des Mitwirkungsanteils des direkten Vorvertrags regulieren.

Sie haben uns in diesem Fall die Bedingungen des Vorversicherers zur Verfügung zu stellen.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen mit schweren oder schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (derzeitige Pflegegrade 3-5).

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

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

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1

Unfälle der versicherten Person 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.

Weitere Ausnahmen:

Wir leisten auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch

- Alkoholkonsum verursacht sind.
Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 ‰ liegt.
- Herzinfarkt oder Schlaganfall oder die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind.
Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente vorschrifts- bzw. weisungsgemäß eingenommen wurden. Die unmittelbaren, unfallunabhängigen Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall oder die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

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

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Frist verlängert sich auf 14 Tage, sofern nachweislich keine Ausreisemöglichkeit nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges bestanden hat.

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

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

- 5.1.5** Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 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.

- 5.2.2** Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind mitversichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

- 5.2.3** 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.

- 5.2.4** 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 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Weitere Ausnahme:

- 5.2.4.1** **Infektionskrankheiten**

Die versicherte Person infiziert sich durch einen Krankheitserreger, der entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder

- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt ist.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Aus der Krankengeschichte, dem Befund und der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der vorgenannten Arten in den Körper gelangt sind.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben jedoch

- HIV-Infektionen (positiver HIV-Antikörpernachweis) und die mit der HIV-Infektion im Zusammenhang stehenden Krankheiten, sowie
- Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder vom Arzt verordnet sind, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

5.2.4.2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

- 5.2.4.2.1** Bei Zeckenstichen gelten die unter Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 genannten Fristen. Diese beginnen jedoch nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern erst mit der erstmaligen ärztlichen Diagnose der durch einen Zeckenstich verursachten Infektion.

Darüber hinaus beginnen die unter Ziffer 9.1.4 genannten Fristen ebenfalls erst mit der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Infektion (statt innerhalb eines Jahres ab dem Unfall).

- 5.2.4.2.2** Bei sonstigen Infektionskrankheiten besteht abweichend von Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Ausgeschlossen bleiben jedoch Alkoholvergiftungen.

Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von schädlichen Stoffen entstehen, die irrtümlich für Lebensmittel gehalten worden sind, gelten ebenfalls mitversichert.

- 5.2.6** 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

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

- 5.2.7** Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

- 6 Was müssen Sie**
 - bei einem Kinder-Tarif,
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung,
 - bei Junge Leute Bonus sowie Vollendung des 55. und 60. Lebensjahres beachten?
- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**
- 6.1.1** Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um. Ein vereinbarter Baustein Kinder Plus entfällt. 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.
- 6.1.2** 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.
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**
 Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.
 Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis, welches im Anhang abgedruckt ist. Bei Unklarheiten oder Zweifelfällen stimmen Sie sich bitte mit uns ab.
- 6.2.1 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.
- 6.2.2 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.
- 6.2.3 Versehensklausel**
 Unterbleibt versehentlich die Mitteilung einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Mitteilung unverzüglich nachgeholt haben. Die Beitragsberichtigung erfolgt dann nachträglich ab dem Zeitpunkt der Änderung.
- 6.3 Junge Leute Bonus sowie Vollendung des 55. und 60. Lebensjahres**
- 6.3.1** Ausgenommen von den nachstehenden Beitragsregelungen sind die Beiträge für Unfall-Rente, die Bausteine Genesung Plus und Genesung, die Einzel-/Zweibettzimmer/Chefarztbehandlung im Rahmen des Bausteins Krankenhaus Plus sowie die Sofortleistung bei Krebserkrankungen (siehe hierzu Ziffer 2.6.3).
- 6.3.1.1** Versicherten Personen, die das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird ein Junge Leute Bonus in Höhe von 20 % gewährt. Dieser Bonus reduziert sich zum Beginn des Versicherungsjahres nach Vollendung des 26. Lebensjahres um 10 %-Punkte und entfällt zum Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres.
 Versicherten Personen, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird ein Junge Leute Bonus in Höhe von 10 % gewährt. Dieser Bonus entfällt zum Beginn des Versicherungsjahres nach Vollendung des 27. Lebensjahres.
- 6.3.1.2** Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den dann vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen. Danach erhöhen sich die vereinbarten Beiträge um jährlich 3 % und nach Vollendung des 60. Lebensjahres um jährlich 5 %.
- 6.3.1.3** Erfolgt gleichzeitig eine dynamische Erhöhung der Versicherungssummen gemäß Ziffer 2.7, berechnet sich die Beitragserhöhung nach vorstehenden Regelungen aus dem gemäß Ziffer 2.7 dynamisch erhöhten Beitrag.
- 6.3.1.4** Der erhöhte Beitrag gilt jeweils ab Beginn des auf die Änderung des Lebensalters folgenden Versicherungsjahres. Wir werden Sie mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung des Beitrags informieren.
- 6.3.2** Anstelle der Beitragserhöhung nach Ziffer 6.3.1 besteht die Möglichkeit, bei gleichzeitiger Reduzierung der versicherten Leistungen den Beitrag für die jeweilige Person unverändert weiterzuzahlen.
 Eine eventuell gleichzeitig durchgeführte dynamische Erhöhung der Versicherungssummen gemäß Ziffer 2.7 bleibt von dieser Regelung unberührt.
 Sie müssen uns diesen Wunsch innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung des Beitrags mitteilen. Wir erstellen Ihnen dann einen entsprechenden Änderungsvorschlag.
 Die Ausübung dieses Wahlrechts hat keine Auswirkungen auf die zukünftigen Beitragserhöhungen.
- Der Leistungsfall**
- 7 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.
- 7.1** 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.
 Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 7.2** Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 7.3** Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
 Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
 Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.
 Wenn bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen und freiberuflich Tätigen der Lohn- oder Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen wird, erstatten wir einen festen Betrag, der 1 % der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 600 € beträgt.
- 7.4** Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
- Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

7.5 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.

Die Frist beginnt erst, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Geldleistungen

9.1.1 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 Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.1.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.1.3 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

25 % der vereinbarten Invaliditätssumme beansprucht werden.

Sofern nur eine Unfall-Rente vereinbart gilt, kann ein Vorschuss bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

Sollte sich bei einer erneuten Begutachtung eine Überzahlung ergeben, haben wir das Recht, den zu viel gezahlten Betrag von Ihnen zurückzufordern.

9.1.4 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 5 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.

9.2 Hilfeleistungen

Haben Sie uns schlüssig

- den Unfallhergang, die Unfallfolgen und
- die Hilfebedürftigkeit nach dem Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfeleistungen nach Ziffer 3.2 Baustein Genesung unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfeleistungen über eine von uns beauftragte Hilfsdienstorganisation erbracht werden.

Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsabschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsabschluss zu zahlen.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und

- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.7 Falls besonders vereinbart und im Versicherungsschein genannt:

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

11.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

11.7.1.1 Sie

- sind mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitslos (Karenzzeit),
- hatten bei Vertragsabschluss (Abschluss der Vereinbarung) keine Kenntnis von einer bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses,
- haben sich bei der zuständigen Stelle der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet und bemühen sich aktiv um Arbeit.

Ihre Arbeitslosigkeit ist

- frühestens 6 Monate nach Beginn der Vereinbarung der Beitragsbefreiung (Wartezeit),
- unfreiwillig und unverschuldet eingetreten, d. h. das Arbeitsverhältnis ist auf Veranlassung des Arbeitgebers aus Gründen beendet worden, die nicht in einem schuldhaften Verhalten von Ihnen liegen.

Nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Vereinbarung gilt, wenn ein Auszubildender nicht in ein Arbeitsverhältnis übernommen wird.

11.7.1.2 Jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit

- sind Sie als Arbeitnehmer/Auszubildender mindestens ein Jahr ununterbrochen bei demselben Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig mindestens 15 Stunden wöchentlich beschäftigt gewesen,
- haben Sie in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis gestanden. Als nicht befristet gilt auch ein Ausbildungsverhältnis.

Als Arbeitnehmer gelten nicht: Personen im freiwilligen Wehrdienst und in sozialen Diensten (z. B. Bundesfreiwilligendienst) sowie Kurz- und Saisonarbeiter.

Eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des Gesetzes ist bei Arbeitnehmern nicht ausreichend.

- 11.7.1.3 Sie haben bei Eintritt der Arbeitslosigkeit das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- 11.7.1.4 Ihr Wohnsitz oder dauernder Aufenthalt muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen und die unfreiwillige Arbeitslosigkeit muss in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden können.
- 11.7.1.5 Sie haben die Beitragsbefreiung unverzüglich unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht und uns die Voraussetzungen nach den Ziffern 11.7.1.1 und 11.7.1.2 durch Bescheinigungen Ihres Arbeitgebers nachgewiesen.
- 11.7.1.6 Sie haben alle Versicherungsbeiträge bis zum Beginn der Beitragsbefreiung (gem. Ziffer 11.7.2.1) beglichen.
- 11.7.1.7 Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person.
- 11.7.2 Dauer und Höhe der Leistung**
- 11.7.2.1 Die Beitragsbefreiung beginnt mit Eingang der unter Ziffer 11.7.1.5 genannten Unterlagen, frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.
- Ab diesem Zeitpunkt wird Ihre Unfallversicherung für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens für 2 Jahre, beitragsfrei geführt.
- 11.7.2.2 Als Versicherungsnehmer haben Sie uns unverzüglich über das Ende Ihrer Arbeitslosigkeit zu informieren. Wir können von Ihnen jederzeit Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.
- Weisen Sie uns die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb eines Monats nach entsprechender Aufforderung durch uns nach, tritt die Beitragsbefreiung mit dem Ende des Kalendermonats außer Kraft, in dem wir Sie zur Erbringung der Nachweise aufgefordert hatten.
- 11.7.2.3 Eine erneute Beitragsbefreiung erfolgt erst, wenn Sie zwischen Beendigung der letzten und Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit ein Jahr ununterbrochen in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis gestanden haben.
- 11.7.3 Ausschluss der Dynamik**
- Die Versicherungssummen nehmen während der Zeit der Beitragsbefreiung an einer für den Vertrag vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) gemäß Ziffer 2.7 nicht teil.

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung**
- Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).
- Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.
- Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**
- Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**
- Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht**
- Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag

überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben.

Wir können in einem solchen Fall

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des 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.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem

Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Individuelle Beitragsregulierung

14.1 Erläuterung

Um dauerhaft ein ausgewogenes Verhältnis von Beitrag und Leistung zu erlangen oder zu erhalten, kann der Versicherer eine individuelle Beitragsregulierung durchführen und hierzu ergänzende Informationen heranziehen. Hierzu zählen z. B.: rechtzeitige Zahlung der Versicherungsbeiträge, Dauer und Umfang der bisherigen Vertragsbeziehungen sowie Merkmale zur versicherten Person oder zur versicherten Sache.

14.2 Regulierungsmethodik

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. die Altersgruppe, die Betriebsart und -größe, die geographische Lage, rechtzeitige Zahlung der Versicherungsbeiträge, Dauer und Umfang der bisherigen Vertragsbeziehung) kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer und geographischer und spezieller EDV-technischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen. Für die jeweilige Gruppe wird das Risiko auf der Grundlage der anerkannten Versicherungsmathematik berechnet.

Auf Basis dieser Informationen können zu Beginn jedes neuen Versicherungsjahrs gegenüber dem Beitragssatz Nachlässe eingeräumt oder Zuschläge erhoben werden. Die Nachlässe oder Zuschläge gelten nur für das jeweils neue Versicherungsjahr.

14.3

Schwellenwerte

Der sich aus der Neuregulierung ergebene Zuschlag ist auf 5 Prozent pro Jahr begrenzt.

15

Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1

Gesetzliche Verjährung

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

15.2

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.

16

Welches Gericht ist zuständig?

16.1

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.

16.2

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.

17

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

17.1

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

17.2

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.

18

Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19

Sanktions-/Embargobestimmungen

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

20

Produktverbesserungs-Garantie

Falls besonders vereinbart, gilt zusätzlich Nachstehendes:

Wenn der Leistungsumfang der Unfall Sorglos Classic und Sorglos gemäß den AUB 2020 und den Besonderen Bedingungen für Sorglos zukünftig durch uns verbessert wird, so werden diese Verbesserungen zum Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahrs auch für diesen Vertrag wirksam. Die Verbesserungen beurteilen sich nicht individuell, sondern unter Beachtung des Bedarfs aller Versicherten mit dem Deckungsumfang „Sorglos“. Verbesserung bedeutet die Erhöhung von mitversicherten Leistungspositionen, die Erweiterung bestehender oder die Einführung neuer Leistungsbestandteile.

Dadurch erhöht sich der Beitrag für diese Versicherung. Die Erhöhung ist begrenzt auf 10 % des Jahresbeitrags.

Rechtzeitig vor Beginn des Versicherungsjahres erhalten Sie eine Mitteilung über die Verbesserung des Leistungsumfangs und der damit verbundenen Erhöhung des Beitrags. Die Verbesserung des Leistungsumfangs und die damit verbundene Erhöhung des Beitrags werden nicht wirksam, wenn Sie ihr innerhalb eines Monats nach Erhalt der Mitteilung in Textform widersprechen.

Mit dem Widerspruch erlischt die Wirkung dieser Garantie für die Zukunft.

Anhang: Berufsgruppenverzeichnis

Die Beiträge richten sich nach der tatsächlich ausgeübten beruflichen Tätigkeit bzw. Beschäftigung, nicht nach dem erlernten Beruf. Übt die versicherte Person mehrere Tätigkeiten aus, so wird die Tätigkeit zugrunde gelegt, die zum überwiegenden Anteil (Stunden pro Woche) ausgeübt wird.

Personen, die sich in Ausbildung befinden, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Berufsgruppenbezeichnung
nicht gefahrgeneigte Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft, Gartenbau, Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter
gefahrgeneigte Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft, Gartenbau, Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter
Fertigungsberufe 1: Steinbearbeitung, Baustoffherstellung, Keramik, Glas, Chemie, Kunststoff, Papier, Holz
Fertigungsberufe 2: Metallerzeugung und -bearbeitung, Metall, Maschinenbau, Elektroberufe, Montierer
nicht gefahrgeneigte Fertigungsberufe 3: Sonstige: Textil, Bekleidung, Leder, Holz- und Kunststoffverarbeitung
gefahrgeneigte Fertigungsberufe 4: Sonstige: Textil, Bekleidung, Leder, Holz- und Kunststoffverarbeitung, Maler, Warenprüfer u. ä.
Ernährungsberufe
Hoch-, Tief- und Ausbauberufe
Maschinen- und Anlagenführer
nicht gefahrgeneigte Technische Berufe, Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker
gefahrgeneigte Technische Berufe, Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker
Kaufleute und Verkaufspersonal
nicht gefahrgeneigte Verkehrsberufe
gefahrgeneigte Verkehrsberufe
Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe
nicht gefahrgeneigte Ordnungs- und Sicherheitsberufe
gefahrgeneigte Ordnungs- und Sicherheitsberufe
nicht gefahrgeneigte Schriftwerkschaffende, -ordnende und Künstlerische Berufe
gefahrgeneigte Schriftwerkschaffende, -ordnende und künstlerische Berufe
Gesundheitsdienstberufe
Sozial- und Erziehungsberufe
nicht gefahrgeneigte Sonstige Dienstleistungsberufe
gefahrgeneigte Sonstige Dienstleistungsberufe
Arbeitssuchende
Hausfrauen, -männer
Bundesfreiwilligendienst
Sonstige Arbeitskräfte, Arbeiter
Rentner, Pensionäre
Schüler, Studenten

Besondere Bedingungen Sorglos (BB Sorglos)

Falls besonders vereinbart, gilt über die Deckung Sorglos Classic hinaus Nachstehendes:

- Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall**
 Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2020 gelten auch das infolge einer Entführung, einer Geiselnahme oder eines Raubüberfalls erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall.
- Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug**
 Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2020 besteht auch Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, auch ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.
 Dies gilt nicht, wenn das Verdursten, Verhungern, Erstickten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff verweigert wird.
- Eigenbewegungen**
 Ergänzend zu Ziffer 1.4.1 AUB 2020 gilt auch als Unfall, wenn die versicherte Person durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengung
 - ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule oder Menisken zerrt oder zerreißt.
 - Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche (z. B. Schenkelhalsfraktur und Armbruch) erleidet.
 Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.
 Bei Schädigung von Menisken oder bei Bauch- und Unterleibsbrüchen nehmen wir abweichend von Ziffer 3.2.2 AUB 2020 keine Minderung vor, sofern der Mitwirkungsanteil weniger als 25 % beträgt.
- Verlängerte Fristen bei Invaliditätsschäden**
 Abweichend von Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 AUB 2020 muss die Invalidität
 - innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein sowie
 - innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht werden.
- Doppelte Todesfalleistung**
 Ergänzend zu Ziffer 2.4 AUB 2020 zahlen wir die doppelte Todesfalleistung, höchstens jedoch 50.000 €, wenn infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern sterben, an die leiblichen Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht.
- Bewusstseinsstörung bei Todesfalleistung**
 Ergänzend zu Ziffer 2.4 AUB 2020 werden bis zu einem Betrag von 20.000 € die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 AUB 2020 (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewendet.
- Erweiterte Todesfalleistung**
 Abweichend von Ziffer 2.4.1 AUB 2020 entsteht der Anspruch auf die vereinbarte Todesfalleistung auch, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall an den Unfallfolgen verstirbt und keine Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB 2020 eingetreten ist.
- Erhöhte Kosmetische Operationen**
 Abweichend von Ziffer 2.8.1.2 AUB 2020 erstatten wir nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 50.000 €.
- Zahnersatz für alle Zähne**
 Abweichend von Ziffer 2.8.1.1 AUB 2020 leisten wir auch Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen (Schneide-, Eck- und Backenzähne) entstanden sind.

Bei einer unfallbedingten Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stifzähne, Gebisse und Implantate) zahlen wir die Kosten für die Reparatur bzw. die Ersatzbeschaffung bis zu einer Höhe von 5.000 €. Die versicherte Person hat die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.

10. Erhöhte Bergungskosten

Abweichend von Ziffer 2.8.2.2 AUB 2020 erstatten wir nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 100.000 €.

11. Erhöhte Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.8.4.2 AUB 2020 zahlen wir die Sofortleistung in Höhe von 10.000 €, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.

12. Erhöhte Umbau-, Umzugs- und Umschulungsmaßnahmen

Abweichend von Ziffern 2.8.5.1 und 2.8.5.2 AUB 2020 ersetzen wir die Kosten unabhängig von der Höhe des ermittelten Invaliditätsgrads bis zu max. 5.000 €.

13. Erhöhte Familienvorsorge

Abweichend von Ziffer 2.8.8 AUB 2020 sind Ihre nach dem Versicherungsbeginn hinzukommenden

- Ehepartner nach der Heirat,
- leiblichen Kinder nach Vollendung der Geburt,
- minderjährigen Adoptiv-, Stief- sowie Pflegekinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit Ihnen leben, nach der Aufnahme in Ihren Haushalt,

drei Monate lang automatisch mit folgenden Versicherungssummen je Person

- 100.000 € Invaliditätsleistung (mit Mehrleistung ab 90 %)
- 10.000 € Todesfallleistung
- 25 € Krankenhaustagegeld mit Verdopplung ab 4. Tag mitversichert.

Die sonstigen Bestimmungen gemäß Ziffer 2.8.8 AUB 2020 gelten unverändert.

14. Verzicht auf Mitwirkungsanteil

Abweichend von Ziffer 3.2 AUB 2020 wird keine Leistungskürzung bei der Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen vorgenommen.

Ausnahme: Bei Schädigung von Menisken oder bei Bauch- und Unterleibsbrüchen gemäß Ziffer 3.

15. Bewusstseinsstörungen infolge Übermüdung

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2020 leisten wir auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Übermüdung, Schlaftrunkenheit und Einschlafen, z. B. beim Lenken von Kraftfahrzeugen, entstehen.

16. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB 2020 besteht bei Personen unter 18 Jahren Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

17. Erweitertes Kriegsrisiko für den Überraschungsfall

Abweichend von Ziffer 5.1.3 AUB 2020 wird die in Absatz 3 genannte Frist von 14 Tagen auf 21 Tage verlängert, sofern nachweislich keine Ausreisemöglichkeit nach Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges bestanden hat.

18. Teilnahme an Fahrtveranstaltungen

Abweichend von Ziffer 5.1.5 AUB 2020 sind Unfälle bei der gelegentlichen Teilnahme an Fahrtveranstaltungen auf einer Kartanlage (Fahren mit Leihkarts) mitversichert.

19. Heilmaßnahmen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.3 AUB 2020 gehört das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

20. Allergische Reaktionen inkl. Desensibilisierungsmaßnahmen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.4 AUB 2020 gelten auch nicht infektiionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde, mitversichert.

Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

21. Anzeigefrist für den Todesfall

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB 2020 wird die Anzeigefrist für den Todesfall auf 21 Tage verlängert.

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

22. Erhöhte Vorschussleistung

Abweichend von Ziffer 9.1.3 AUB 2020 kann ein Vorschuss auf die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens bis 50% der vereinbarten Invaliditätssumme beansprucht werden.

23. Neufeststellung der Invalidität

Gemäß Ziffer 9.1.4 AUB 2020 kann der Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Abweichend von Ziffer 9.1.4 AUB 2020 erfolgt die endgültige Bemessung jedoch spätestens zwei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch uns.

24. Leistungs-Garantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass die für diesen Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2020) und die Besonderen Bedingungen für Sorglos in Bezug auf den Deckungsumfang ausschließlich zum Vorteil für den Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand: März 2014) abweichen.

25. Besserstellungs-Garantie

Sollte sich in einem Versicherungsfall herausstellen, dass die Vertragsbedingungen des Vorvertrags beim vorherigen Versicherer für die versicherte Person günstiger waren, werden wir nach den Versicherungsbedingungen des direkten Vorvertrags regulieren. Sie haben uns in diesem Fall die Bedingungen des Vorversicherers zur Verfügung zu stellen. Die Besserstellungs-Garantie gilt nur insoweit, dass

- ununterbrochen Versicherungsschutz bestand;
- bei Versichererwechsel die betroffene Leistungsart weiter versichert gilt;
- der Versicherungsfall nicht später als 3 Jahre nach Vertragsbeginn bei uns eingetreten ist;
- die mit uns je Leistungsart (gemäß Ziffer 2 AUB 2020) vereinbarten Versicherungssummen die Höchstleistung darstellen.

Darüber hinaus gilt die Besserstellungs-Garantie nicht für

- Erweiterungen des Unfallbegriffs (z. B. Krankheiten);
- Mehrleistungen bei der Invaliditätsleistung und der Unfall-Rente durch verbesserte Gliedertaxen und Progressionsstaffeln sowie sonstige Mehrleistungsmodelle;
- Reha-Leistungen;
- die Bestimmungen zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4 AUB 2020);
- die unter Ziffer 5 AUB 2020 genannten ausgeschlossenen Unfälle und Gesundheitsschäden;
- die vereinbarten Fristen.

Wir zahlen im Rahmen der Besserstellungs-Garantie je Unfall zusätzlich höchstens 25.000 € je Person.

Besondere Bedingungen Bausteine (BB Bausteine)

Falls besonders vereinbart und im Versicherungsschein genannt, gilt über den Deckungsumfang Sorglos Classic und Sorglos hinaus Nachstehendes:

- 1 Baustein Krankenhaus**
 - 1.1 Krankenhaustagegeld mit Verdopplung ab 4.Tag**

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten ist.
 - 1.2 Höhe und Dauer der Leistung**
 - 1.2.1** Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

Das Krankenhaustagegeld wird auch über das fünfte Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage (entspricht 5 Kalenderjahren) begrenzt.
 - 1.2.2 Erhöhtes Krankenhaustagegeld ab 4. Tag (Genesungsgeld)**

Wir zahlen ab dem 4. Tag das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe, längstens für 500 Tage.
 - 1.2.3 Erhöhtes Krankenhaustagegeld im Ausland ab 1.Tag**

Bei einem Unfall im Ausland mit vollstationärer Behandlung in dem betreffenden Land zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts das vereinbarte Krankenhaustagegeld ab 1. Tag in doppelter Höhe, höchstens jedoch zusätzlich 30 € je Tag. Die Leistung setzt voraus, dass die vollstationäre Heilbehandlung im unmittelbaren Anschluss an das Unfallereignis erfolgt.
 - 1.3 Erweitertes Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in Sanatorien**

Abweichend von Ziffern 1.1 und 1.2 übernehmen wir längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegelds.

Diese Regelung hat jedoch nur dann Gültigkeit, wenn der Sanatoriumsaufenthalt unmittelbar an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließt.
 - 1.4 Erweitertes Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen**

Abweichend von Ziffern 1.1 und 1.2 wird Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation gezahlt, soweit für diese Operation üblicherweise ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt notwendig wäre. Den Nachweis darüber haben Sie als Versicherungsnehmer zu führen.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen für drei Tage gezahlt.

Ein Anspruch auf ein erhöhtes Krankenhaustagegeld im Sinne von Ziffer 1.2.2 entsteht hierdurch nicht.
- 2 Baustein Krankenhaus Plus**
 - 2.1 Krankenhaustagegeld mit Verdopplung ab 4.Tag**

Es gelten die Bestimmungen gemäß Ziffer 1.
 - 2.2 Einzel-/Zweitbettzimmer/Chefarztbehandlung**
 - 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

2.3.2

Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung (§ 16 BPfIV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (§§ 17 und 19 KHEntG) bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, soweit diese

- die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer und
- die gesondert vereinbarte stationäre privatärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) betreffen.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach BPfIV oder KHEntG abrechnen (z. B. im Ausland), werden Aufwendungen für Wahlleistungen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPfIV und KHEntG angefallen wären.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) zahlen wir nicht.

Für stationäre Wahlleistungen, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Bei Verzicht auf Kostenerstattung der vorstehend genannten mitversicherten Leistungen zahlen wir je Behandlungstag

- 30 € bei Verzicht auf die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) und
- 20 € bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung.

3

Baustein Genesung

3.1

Gipsgeld

3.1.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat unfallbedingt

- einen Bruch eines Knochens,
- eine Zerreißung (vollständige) eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel,

erlitten, die zu einer medizinisch notwendigen stationären und/oder ambulanten Heilbehandlung geführt haben.

3.1.2

Höhe der Leistung

Wir zahlen einmalig 100 €.

3.2

Hilfe- und Pflegeleistungen

(soweit vereinbart und im Versicherungsschein genannt)

3.2.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des Leistungskatalogs gemäß Ziffer 3.2.3 der Hilfe bedarf (Hilfebedürftigkeit).

Die Hilfebedürftigkeit ist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Die Leistungen werden ausschließlich über eine von uns beauftragte Hilfsdienstorganisation und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn die versicherte Person selbst eine Hilfsdienstorganisation auswählt sowie für die Zeit eines Auslandsaufenthalts.

Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.

3.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem individuellen Bedarf der versicherten Person je nach Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit. Dabei wird berücksichtigt, inwieweit der Bedarf an Hilfeleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person abgedeckt ist.

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfebedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für eine Dauer von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, sofern in den einzelnen Bestimmungen gemäß Ziffer 3.2.3 keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist.

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

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

3.2.3 Art und Umfang der Leistung (Leistungskatalog)

3.2.3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird der jeweilige Bedarf der Hilfeleistungen festgestellt und die versicherte Person wird über die Art und die Durchführung der Hilfeleistungen informiert.

3.2.3.2 Hausnotrufdienst

Sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird bei Bedarf in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband installiert. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

3.2.3.3 Menüservice

Es erfolgt bei Bedarf die Versorgung der versicherten Person sowie der im Haushalt des Versicherten lebenden Familienmitglieder mit sieben Hauptmahlzeiten je Woche nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

3.2.3.4 Reinigung der Wohnung

Der übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafräum) der versicherten Person wird bei Bedarf einmal in der Woche bis zu 3 Stunden im üblichen Umfang gereinigt. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.3.5 Besorgungen und Einkäufe

Für die versicherte Person werden bei Bedarf zweimal in der Woche bis zu jeweils 2 Stunden Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen. Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.3.6 Versorgung der Wäsche

Bei Bedarf wird einmal wöchentlich bis zu 4 Stunden Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen sowie die Schuhpflege.

3.2.3.7 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bei Bedarf wird die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

3.2.3.8 Fahrdienst zu Ärzten und Behörden

Die versicherte Person wird bei Bedarf bis zu zweimal wöchentlich zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

3.2.3.9 Fahrdienst zu Krankengymnastik und Therapien

Die versicherte Person wird bei Bedarf bis zu zweimal wöchentlich zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

3.2.3.10 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden bei Bedarf max. 2 Personen für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.2.3.11 Leistungen der Grundpflege durch Fachpersonal

Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege bis zu 2 Stunden pro Tag. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Sofern die versicherte Person ganz oder teilweise außerstande ist, die Pflege des bis zum Unfall von ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienmitglieds 1. Grades fortzuführen, erhält auch dieses die versicherte Leistung Grundpflege. Voraussetzung ist, dass der zu Pflegenden mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und ein Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung bereits anerkannt ist.

3.2.3.12 24-Stunden-Pflegenotruf

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege gemäß Ziffer 3.2.3.11 kann bei Bedarf – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf für eine Dauer von bis zu 4 Wochen vom Unfalltag an gerechnet eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall zur entsprechenden Hilfeleistung eine ausgebildete Pflegekraft vorbeischickt.

3.2.3.13 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig bis zu 3 Stunden eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt. Diese dient der Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, der Planung der Pflegeeinsätze sowie der Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.

3.2.3.14 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Der versicherten Person werden bei Bedarf einmalig die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen) vermittelt.

3.2.3.15 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt

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.

3.2.3.16 Tierbetreuung

Der versicherten Person wird bei Bedarf einmalig für die gewöhnlichen Haustiere (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) eine Tierbetreuung vermittelt. Wir übernehmen die Kosten für die Tierbetreuung für einen Monat bis zu 500 €.

3.2.3.17 Vermittlung des Kfz-Umbaus

Der versicherten Person wird bei Bedarf einmalig eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.

3.2.3.18 Vermittlung des Wohnungsumbaus

Der versicherten Person wird bei Bedarf einmalig eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.

3.2.3.19 Hausmeisterdienste (Vermittlung)

Der versicherten Person wird bei Bedarf ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. für Gartenpflege oder Winterdienste) vermittelt.

3.2.3.20 Wohnraumberberatung (Barrierefreies Wohnen)

Wir organisieren für die versicherte Person eine Wohnraumberberatung und Wohnraumbegleitung zum „barrierefreien Wohnen“. Ziel dieser Fachberatung ist z. B. die Beseitigung von Stolperfallen und die Übermittlung von Handlungsvorschlägen von einem Wohnraumberater.

3.2.3.21 Pflegeplatzgarantie (Vermittlung)

In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt; hierauf besteht kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung sind von der versicherten Person selbst zu tragen. Auf Wunsch inkl. Transport (Selbstzahler).

3.2.3.22 Familienassistance

Die versicherte Person (Familie) erhält bei Bedarf eine Familienbetreuung, sofern dies örtlich möglich ist. Die Leistung umfasst die Kinderbetreuung inkl. Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (Grundschule), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden sowie Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad, Toilette). Diese Leistungen werden bis zu 8 Stunden täglich bis zu 4 Wochen erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag (sofern örtlich möglich). Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles ohne anderweitige (z. B. familiäre) Hilfeleistung.

3.2.3.23 Krankenhaus-Assistance

Die versicherte Person erhält als Patient in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts weitere Serviceleistungen, z. B. Hol-/Bring-service, Besorgung von notwendigen Utensilien oder Organisation von alternativen Mahlzeiten statt Krankenhauskost. Die Kosten für Einkäufe werden nicht übernommen.

3.3 Erweiterte Reisedeckung

(soweit vereinbart und im Versicherungsschein genannt)

3.3.1 Invaliditätsleistung**3.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person hat - mindestens 100 km vom ständigen Wohnsitz entfernt - einen unter den Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen außerberuflichen Unfall.

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 AUB 2020 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 AUB 2020 und Ziffer 3 AUB 2020 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

3.3.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je Unfall einmalig 30.000 €.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Bemessung der Höhe dieser Leistung unberücksichtigt.

3.3.2 Krankenhausgeld**3.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person hat - mindestens 100 km vom ständigen Wohnsitz entfernt - einen unter den Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen außerberuflichen Unfall, der zu einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung von mindestens 2 Tagen geführt hat.

3.3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je Unfall einmalig 300 €.

4 Baustein Genesung Plus**4.1 Gipsgeld**

Es gelten die Bestimmungen gemäß Ziffer 3.1 vereinbart. Abweichend von Ziffer 3.1.2 zahlen wir einmalig 200 €.

4.2 Hilfeleistungen

Es gelten die Bestimmungen gemäß Ziffer 3.2 vereinbart.

4.3 Reha-Management**4.3.1 Was ist versichert?**

4.3.1.1 Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

4.3.1.2 Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

4.3.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?**4.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**

4.3.2.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten (Ziffern 1.3 und 1.4 AUB 2020).

4.3.2.2 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 Rehabilitationskonzepts,
- die Begleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

4.3.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AUB 2020 unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

4.3.3 Welche Leistungen sind versichert?**4.3.3.1 Medizinische Rehabilitation und Therapie**

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, -maßnahmen 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).

Beispiel: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik gebracht. Auf Wunsch der versicherten Person

- holen wir eine ärztliche Zweitmeinung ein,
- organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,
- vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie.

4.3.3.2 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.

4.3.3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen
- Rollstühle
- Gehhilfen.

- 4.3.3.4 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.
- 4.3.4 Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen? Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?**
- 4.3.4.1 Leistungsdauer**
Die Leistungen nach Ziffern 4.3.2.2 und 4.3.3 erbringen wir längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- 4.3.4.2 Kostenübernahme**
Wir übernehmen die Kosten für folgende Reha-Maßnahmen:
- Physiotherapie (bis zu 20 Sitzungen)
 - Stationäre (Wiederholungs-)Reha (bis zu 28 Tage)
 - Neuro- oder Traumpsychoologische Hilfe (bis zu 10 Sitzungen)
 - Zweitmeinungsuntersuchungen bei Spezialisten (max. 2 Spezialistenkontakte).
- 4.3.5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2020 gelten folgende Obliegenheiten:
- 4.3.5.1** 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.
- 4.3.5.2** 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.
- 4.3.5.3** Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 AUB 2020 gilt entsprechend.
- 4.3.6 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.
- 4.3.7 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.
- 4.4 Erweiterte Reisedeckung**
Es gelten die Bestimmungen gemäß Ziffer 3.3 vereinbart.
- 5 Baustein Kinder Plus**
- 5.1 Vollwaisenrente**
(soweit vereinbart und im Versicherungsschein genannt)
Versterben beide Eltern unfallbedingt, zahlen wir eine monatliche Vollwaisenrente in Höhe von 500 €, verstirbt ein Elternteil unfallbedingt, zahlen wir eine monatliche Rente in Höhe von 250 €, jeweils bis zum 18. Geburtstag des versicherten Kindes.
- Der Tod des Elternteils ist uns innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Todes anzuzeigen.
Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen Lebensbescheinigungen anzufordern.
Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 5.2 Kapitalzahlung bei Todesfall der Eltern**
Verstirbt ein Elternteil unfallbedingt, zahlen wir einmalig 10.000 €.
Der Tod des Elternteils ist uns innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Todes anzuzeigen.
- 5.3 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:
- 5.3.1** 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.
- 5.3.2** Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 5.4 Vergiftungen bei Kindern**
Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB 2020 besteht Versicherungsschutz für Vergiftungen bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Ausgeschlossen bleiben jedoch Alkoholvergiftungen.
- 5.5 Rooming-in**
- 5.5.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Ein im Rahmen des Vertrags versichertes Kind befindet sich nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 AUB 2020 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein volljähriger Familienangehöriger übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).
- 5.5.2 Höhe der Leistung**
Wir zahlen einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 30 € je Übernachtung. Die Gesamtleistung ist auf 600 € begrenzt.
Sind durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Familienangehörige gleichzeitig betroffen, leisten wir den Kostenzuschuss nur einmal.
- 5.6 Erhöhtes Haushaltshilfegeld**
Ist über diesen Vertrag die für die Versorgung des versicherten Kindes zuständige Person versichert, zahlen wir das vereinbarte Haushaltshilfegeld gemäß Ziffer 2.8.5 AUB 2020 für die Versorgung des versicherten Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Die Gesamthöchstleistung für alle über diesen Vertrag versicherten und zu versorgenden Kinder ist jedoch auf maximal 1.200 € begrenzt.
- 5.7 Schulausfallgeld**
Kann das versicherte Kind durch einen unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt nicht am Schulunterricht teilnehmen, so werden ab dem 15. ausgefallenen Schultag die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu max. 2.500 € erstattet.
- 5.8 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?**
Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Bestimmungen (siehe auch Ziffer 6.1.1 AUB 2020).

Besondere Vereinbarungen (Klauseln)

Die folgende Klausel gilt nur, wenn sie besonders vereinbart und im Versicherungsschein genannt ist.

9973 Makler

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Diese hat er unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.