

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008)

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaus-Tagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif und
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
- 7 Wann sind die Leistungen fällig?

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

- 8 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 9 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

- 10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?

Die Versicherungsdauer

- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?
- 17 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

- 1 **Was ist versichert?**
 - 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
 - 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
 - 1.3 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 Als Unfall gilt auch, wenn
 - 1.4.1 durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden;
 - 1.4.2 die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen durch einen Unfall Gesundheitsschäden erleidet;
 - 1.4.3 die versicherte Person zu Vergiftungen oder Erstickungen führenden Dünsten, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen für eine vorübergehende Zeit (bis zu mehreren Stunden lang) unvorhergesehen ausgesetzt ist, ohne sich ihnen entziehen zu können. Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z.B. eine Berufs- oder Gewerbekrankheit) eingetreten ist.
 - 1.4.4 die versicherte Person tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen oder einen Ertrinkungstod unter Wasser erleidet, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.
 - 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder seinen Nachträgen.

2.1 Invaliditätsleistung

- 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:
 - 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
 - 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung:
 - 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
 - 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
 - 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas Anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade (Gliedertaxe):

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 %
Anderer Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
 - Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
- 2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 2.2 Übergangsleistung**
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt
- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.
- Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.
- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung:
Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.3 Tagegeld**
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.
- 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:
Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- 2.4 Krankenhaus-Tagegeld**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder Anschlussheilbehandlung.
Maßnahmen zur Rehabilitation, bei denen die Behandlung mit Kur- und Heilmitteln im Vordergrund steht, oder zur medizinischen Vorsorge sowie Aufenthalte in Kuranstalten, Sanatorien oder Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:
Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen festgelegten Zeitraum – vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.5 Genesungsgeld**
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.4.
- 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:
Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen festgelegten Zeitraum.

2.6 Todesfalleistung

- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 weisen wir hin.
- 2.6.2 Höhe der Leistung:
Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

- Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - und in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft werden können. Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.
- 4.2 Sobald eine versicherte Person im Sinne von 4.1 nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 4.3 Wir zahlen Ihnen den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zurück.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- 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.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von kriegführenden Parteien ausgeführt werden, berufen wir uns nicht auf diesen Ausschluss.
- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen (Eindringen von Mikroorganismen in den menschlichen Körper), zum Beispiel Malaria, Hirnhautentzündung (FSME) und Borreliose:
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.
- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten sowie
 - allergische Körperreaktionen, die durch Insektenstiche oder -bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht werden.
- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 6 Was müssen Sie**
- bei vereinbartem Kinder-Tarif und
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**
- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
- 6.1.3 Leistungen, die im Rahmen dieser Bedingungen und der vereinbarten Besonderen Bedingungen speziell für Kinder vorgesehen sind, nehmen nicht an der Umstellung des Kinder-Tarifes teil. Diese Leistungen entfallen, da sie nicht im gültigen Tarif für Erwachsene angeboten werden. Ist mit diesen Leistungen eine Beitragspflicht verbunden, entfällt dieser Beitragsanteil.
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**
- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, nach dem wir die Einstufung in Form von Gefahrengruppen mit einem höheren oder einem niedrigeren Beitrag vornehmen. Die Einstufungskriterien werden wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in den Antragsunterlagen in Textform erläutern.
Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- 6.2.2 Errechnen sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person bei gleich bleibendem Beitrag nach unserem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen (Wechsel von einer Gefahrengruppe mit niedrigerem in eine Gefahrengruppe mit höherem Beitrag), gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
Errechnen sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person dagegen höhere Versicherungssummen (Wechsel von einer Gefahrengruppe mit höherem in eine Gefahrengruppe mit niedrigerem Beitrag), so gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab dieser Änderung.
- 6.2.3 Auf Wunsch führen wir Ihren Versicherungsvertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald wir Kenntnis von der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung erlangen.
- 6.2.4 Sofern wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unserem gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz bieten, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf von einem Monat, nachdem sie diese neue, für uns nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen hat. Gleichzeitig endet die Versicherung für diese versicherte Person.
Die Beiträge, die ab dem genannten Zeitpunkt für diese versicherte Person entrichtet wurden, zahlen wir Ihnen zurück.
- 7 Wann sind die Leistungen fällig?**
- 7.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die Gebühren für die von Ihnen bedingungsgemäß vorzulegenden kurzen ärztlichen Bescheinigungen oder Zeugnisse sowie ärztliche Krankheits- und Befundberichte übernehmen wir im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Die Höchstleistung beträgt 500 EUR je Unfall. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 7.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 7.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 7.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis

zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 7.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

8 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

8.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände in Textform anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben und die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Dies gilt auch für gefahrerhebliche Umstände, nach denen wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme in Textform gefragt haben.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser die gefahrerheblichen Umstände, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

8.2 Rücktritt

8.2.1 Voraussetzungen für den Rücktritt

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

8.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

8.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

8.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

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

8.4 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen

auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung bei Ihnen fristlos in Schriftform kündigen.

8.5 Ausübung der Rechte durch uns

Wir müssen die uns nach Ziffer 8.2 bis 8.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform 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.

Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziffern 8.2 bis 8.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziffern 8.2 bis 8.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

8.6 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

8.7 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte nach Ziffer 8.2 bis 8.4 erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

9 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

9.2 Der Unfall ist uns unverzüglich anzuzeigen. Bitte

- füllen Sie die von uns übersandten Formulare aus und
- beantworten Sie oder die versicherte Person unsere zusätzlichen Fragen

in Schriftform, vollständig und wahrheitsgemäß und senden uns diese Unterlagen/Angaben unverzüglich zu. Zur Klärung des Leistungsumfanges können wir notwendige weitere Nachweise verlangen.

9.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

9.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt und untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind – soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich – auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

- 10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?**
Verletzen Sie eine der in Ziffer 9 oder in den gesondert vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht Einfluss hatte. Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Die Versicherungsdauer

- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**
- 11.1 Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 12.2 zahlen.
- 11.2 Dauer und Ende des Vertrags**
Der Versicherungsvertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen.
- 11.2.1** Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.
- 11.2.2** Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Versicherungsvertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 11.2.3** Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsvertrag von Ihnen schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 11.3 Kündigung nach Versicherungsfall**
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird. Unsere Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 11.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

- 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 12.1 Beitrag und Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben. Aus einer Erhöhung der Versicherungssteuer ergibt sich für Sie kein Kündigungsrecht.
Soweit nicht die Zahlung eines einmaligen Beitrags vereinbart ist, handelt es sich bei dem Versicherungsbeitrag grundsätzlich um einen Jahresbeitrag. Abweichend davon können Sie den Beitrag aber auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich entrichten, wenn dies so vereinbart wurde.
- 12.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags**
- 12.2.1** Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor Beginn des Versicherungsschutzes. Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 12.2.2** Verzug
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie 30 Tage nach Ablauf der in Ziffer 12.2.1 genannten Frist und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 12.2.3** Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 12.2.4** Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist.
Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 12.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Folgebeitrags**
- 12.3.1** Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 12.3.2** Verzug
Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 12.3.3** Qualifizierte Mahnung
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform mahnen und mit einer Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen ab Zugang dieser Mahnung zur Zahlung auffordern. Die Rechtsfolgen, die nach den Ziffern 12.3.4 und 12.3.5 mit dem Fristablauf verbunden sind, treten jedoch nur ein, wenn in der Mahnung die rückständigen Beiträge des Vertrags, die Zinsen und die Kosten im Einzelnen beziffert sind und auf die Rechtsfolgen bei nicht rechtzeitiger Zahlung hingewiesen wurde.
- 12.3.4** Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch immer mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen wurden.

- 12.3.5 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch immer mit der Zahlung in Verzug, können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn wir Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen haben. Die Kündigung können wir auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 aussprechen. In diesem Fall wird unsere Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie in diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind und wir Sie in der qualifizierten Mahnung darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung den angemahnten Beitrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 12.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschrift-ermächtigung**
- 12.4.1 Rechtzeitige Zahlung
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 12.4.2 Beendigung des Lastschriftverfahrens
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder Sie es aus anderen Gründen zu vertreten haben, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 12.5 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. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 12.7 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:
- 12.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 12.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- Weitere Bestimmungen**
- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 13.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 13.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 13.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 Wird ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum vom Beginn der Verjährung bis zum Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung beim Anspruchsteller bei der Fristberechnung nicht mit.
- 15 Welches Gericht ist zuständig?**
- 15.1 Klagen gegen uns**
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 15.2 Klagen gegen Sie**
Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist eine juristische Person Versicherungsnehmer, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach deren Sitz oder deren Niederlassung. Das Gleiche gilt, wenn eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft Versicherungsnehmer ist.
- 15.3 Unbekannter Wohnsitz oder Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz**
Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?**
- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.
- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift.
Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.
- 16.3 Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebs abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziffer 16.2 entsprechend Anwendung.
- 17 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherungen ohne Namensangabe

- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 Die zu versichernden Gruppen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
- 1.3 Regelmäßig am Ende eines jeden Versicherungsjahres werden wir Sie auffordern uns die Anzahl der Personen anzugeben, die im abgelaufenen Versicherungsjahr versichert waren.
Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsbeurteilung ist nicht zulässig.
Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.
- 1.4 Aufgrund der Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt. Sie erhalten hierüber von uns eine Abrechnung.
- 1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen und die Versicherungssummen nicht höher sind wie die der bereits Versicherten. Der Versicherungsschutz besteht ab Eingang der Anmeldung bei uns.
- 2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über die Versicherungssummen und den Beitrag geeinigt haben.
- 2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir die Versicherung ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach dem Zugang der Ablehnung bei Ihnen. In diesem Fall ist nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teilbeitrag zu zahlen.
- 2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 11 der Allgemeinen Unfallversicherung-Bedingungen)

- 3.1 Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung an Sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
- 3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
- 3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Begrenzung der Versicherungssummen

1 Fluggastrisiko

- 1.1 Versicherungsschutz für das Fluggastrisiko (vgl. hierzu Ziffer 5.1.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen) wird je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen gewährt:

EUR	1.000.000,-	für den Todesfall
EUR	2.000.000,-	für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100 % Invalidität)
EUR	250,-	für Tagegeld
EUR	250,-	für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld
EUR	10.000,-	für Heilkosten
EUR	50.000,-	für Übergangsleistung

- 1.2 Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Beträge von

EUR	10.000.000,-	für den Todesfall
EUR	20.000.000,-	für Invalidität (Höchstersatzleistung bei 100 % Invalidität)
EUR	2.500,-	für Tagegeld
EUR	2.500,-	für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld
EUR	100.000,-	für Heilkosten
EUR	500.000,-	für Übergangsleistung

so gelten diese Beträge als Höchstversicherungssummen für die Personen und die Versicherungssummen jeder Person verringern sich im entsprechenden Verhältnis.

Bei allen anderen Unfällen gilt:

Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf EUR 10.000.000,-.

Besondere Bedingungen für Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente verursacht waren.

Die unmittelbaren Schäden durch den Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle wenn diese durch einen epileptischen Anfall verursacht waren.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bei Eintritt des Unfalles unter 1,5 ‰ liegt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfällen bei inneren Unruhen/gewalttätigen Auseinandersetzungen

Ziffer 5.1.3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen sind mitversichert, wenn die versicherte Person an den Gewalttaten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfällen bei Beteiligung an lizenzfreien Motorsportveranstaltungen

Ergänzend zu Ziffer 5.1.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird vereinbart:

Unfälle bei der aktiven Teilnahme an **genehmigten** Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sind mitversichert, sofern hierfür **keine** Lizenz erforderlich ist (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage). Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und nur für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Unfälle mit Strahlen

In Ergänzung von Ziffer 5.2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfalls ereignisses handelt. Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird davon nicht berührt und gilt unverändert.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

Ergänzend zu Ziffer 5.2.4.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose.

Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit dem Erreger dieser Infektionskrankheiten. Abweichend von Ziffer 9 AUB sind wir unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von Ziffer 11.1 der AUB beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht keine Leistungspflicht.

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektionskrankheiten durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen

In Abweichung von Ziffer 5.2.4.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sind auch Infektionen eingeschlossen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind. Ausgeschlossen von dieser Erweiterung bleibt die Erkrankung an Influenza und AIDS.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Ziffer 5.2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe sind mitversichert, sofern es sich nicht um Nahrungsmittel handelt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziffer 5.2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen versichert.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Alkohol. Dies gilt jedoch nicht für Kinder, die zum Unfallzeitpunkt das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Psychische Reaktionen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.6 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und insoweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie, die durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurde, zurückzuführen sind.

Besondere Bedingungen zur Geltendmachung der Invalidität

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen muss die Invalidität

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und
- spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen oder der versicherten Person geltend gemacht werden.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Invaliditätsleistung

Ziffer 2.1.2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und soweit vereinbart, Ziffer 1 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente werden wie folgt geändert:

Bei Verlust der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas Anderes vereinbart ist die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	28 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	15 %
(bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden max. 70 % ersetzt)	
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	8 %
Auge	50 %
Sofern das andere Auge vor Eintritt des Unfalles bereits verloren war	
Gehör auf einem Ohr	70 %
Sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits vor Eintritt des Unfalles verloren war	
Geruchssinn	45 %
Geschmackssinn	20 %
Niere bei Erhaltung der anderen Niere	15 %
Niere bei Erhaltung der anderen Niere	20 %
Milz	10 %
Sprechvermögen	100 %

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

Besondere Bedingungen für die Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

In teilweiser Abweichung von Ziffer 2.1.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen bezahlen wir die Invaliditätsleistung in folgenden Fällen bereits bei der Stellung der Diagnose zu dem genannten Invaliditätsgrad:

Diagnose	Anteil am Wert der vereinbarten Gliedertaxe
Komplette Kreuzbandruptur	1/10 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Fersenbeinfraktur	2/10 des Wertes für den Fuß
Sprunggelenksfraktur	1/20 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Komplette Schienbeinfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Kniescheibenfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Oberschenkelhalsfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Verschobene Radiusfraktur oder Radiusköpfchenfraktur	1/10 des Wertes für den Arm
Oberarmkopffraktur	1/7 des Wertes für den Arm
Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers	10 % aus der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität

Das Recht des Versicherten einen höheren Invaliditätsgrad durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, wird durch diese Bedingung nicht eingeschränkt.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung

Ziffer 2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt ergänzt:

Ist die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen seit Eintritt des Unfalles beeinträchtigt und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so zahlen wir

- nach 3 Monaten und 100 % Beeinträchtigung 50 % der vereinbarten Versicherungssumme und
- nach 6 Monaten und mindestens 50 % Beeinträchtigung 100 % der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich der nach a) geleisteten Zahlung.

Die Übergangsleistung ist von Ihnen oder der versicherten Person spätestens 1 Monat nach Ablauf der in a) bzw. b) genannten Frist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

Besondere Bedingungen für Krankenhaustagegeld bei einer Heilbehandlung in gemischten Instituten mit Heilbehandlung und Rehabilitation

Ergänzend zu Ziffer 2.4.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird vereinbart: Erfolgt die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht

- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist.

Besondere Bedingungen für Krankenhaustage- und Genesungsgeld bei ambulanten Operationen

Abweichend von den Ziffern 2.4 und 2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld auch nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person wird aufgrund eines Unfalles unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert.

2 Höhe der Leistung:

- 2.1 Das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld wird für mindestens 3 Tage gezahlt.
- 2.2 Wir leisten auch dann, wenn die unfallbedingte Operation nach Ziffer 1 ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

Besondere Bedingungen für verlängertes Krankenhaus-Tagegeld

Ergänzend zu Ziffer 2.4.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen wird das Krankenhaus-Tagegeld für unfallbedingte vollstationäre Krankenhausaufenthalte innerhalb von 5 Jahren – vom Unfalltag an gerechnet – gezahlt, maximal jedoch für alle aufgrund des Unfalles erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalte zusammen bis zu einer Dauer von zwei Jahren.

Besondere Bedingungen für den Einschluss des kombinierten Rooming-In-Geldes und Schulausfallgeldes in der Kinder-Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) leisten wir nach folgenden Bedingungen ein

1 Rooming-In-Geld.

1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Das versicherte Kind
- hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet
 - befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung
- und
- ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-In).

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

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

1.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Rooming-In-Geld zahlen wir längstens für 1 Jahr – vom Unfalltag an gerechnet – in Höhe von 40,00 EUR Versicherungssumme für jede Übernachtung des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus. Dabei wird Ziffer 3 der AUB berücksichtigt.

2 Schulausfallgeld

2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Das versicherte Kind
- hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr vollendet
 - kann wegen des Unfalles länger als 6 Wochen nicht am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, wobei mehrere Schulausfälle desselben Unfalles wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet werden.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest und eine Bescheinigung der Schule nachgewiesen. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall.

2.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Schulausfallgeld zahlen wir ab der 7. Schulausfallwoche für jeden Schulausfalltag – längstens für 1 Jahr, vom Unfalltag an gerechnet – in Höhe von 40,00 EUR (Tagessatz). Dabei wird Ziffer 3 der AUB berücksichtigt.

2.3 Ende des Versicherungsschutzes:

Mit Beendigung der Anwendung des Kinder-Unfalltarifes (siehe hierzu Ziffer 6 AUB) endet dieser Versicherungsschutz.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Raubüberfall oder Geiselnahme

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir Ersatz, wenn die versicherte Person auch ohne körperliche Verletzungen Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme geworden ist.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2 Höhe der Leistung:

Die Leistung erfolgt in Höhe von 3.000,00 EUR.

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfeleistung bei Schwerverletzungen

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir Ersatz bei Schwerverletzungen nach folgenden Bedingungen:

Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung nach zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
 - Fraktur an zwei längeren Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (z. B. Bein- und Armbruch) oder
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Fraktur eines langen Röhrenknochens, Fraktur des Beckens, Fraktur der Wirbelsäule, gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Der Nachweis, dass eine schwere Verletzung vorliegt, ist von Ihnen mittels eines ärztlichen Berichtes zu führen. Ihr Anspruch auf die Leistung erlischt, wenn Sie diese nicht innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, geltend machen. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Höhe der Leistung:

Die Leistung erfolgt in Höhe von 5.000,00 EUR.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Reha-Beihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) zahlen wir eine Reha-Beihilfe nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1 Die versicherte Person hat
 - nach einem unter die Versicherung fallenden entschädigungspflichtigen Unfall nach Ziffer 1 der AUB
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt.

- Diese Voraussetzungen werden von Ihnen oder der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
- 1.2 Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- 2 Höhe der Leistung:**
Die Reha-Behilfe wird in Höhe von 3.000,00 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 der AUB berücksichtigt.
Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen nach folgenden Bedingungen:

- 1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2 Art und Höhe der Leistung:**
Wir leisten insgesamt bis zu 10.000,00 EUR Ersatz für nachgewiesene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
- Wir leisten auch Ersatz für nachgewiesene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.
Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir Ersatz für Bergungskosten nach folgenden Bedingungen:

- 1 Art der Leistung:**
- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- 1.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 2 Höhe der Leistung:**
Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 25.000,00 EUR begrenzt. Soweit im Schadenfall ein Dritter (z. B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit Sie aus ande-

ren Versicherungsverträgen eine Entschädigung beanspruchen können, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie uns den Schaden, werden wir im Rahmen dieser Bedingungen in Vorleistung treten.

Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht bestreitet, können Sie oder die versicherte Person sich unmittelbar an uns wenden. In diesem Fall sind etwaige Ansprüche gegen andere Ersatzpflichtige an uns abzutreten.

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

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen unterbleibt die Minderung des Invaliditätsgrades oder der Leistung, wenn der Mitwirkungsanteil durch Krankheiten oder Gebrechen weniger als 45 % beträgt.

Besondere Bedingungen für die Familienvorsorge in der Unfallversicherung

Wir bieten, entsprechend der nachfolgenden Regelung, ohne dass ein zusätzlicher Beitrag berechnet wird, eine Familienvorsorge:

- 1 Art der Leistung:**
Für die Dauer von 15 Monaten besteht während der Wirksamkeit des Vertrages Versicherungsschutz für die hinzukommenden Angehörigen, der versicherten Person nämlich
- den Ehepartner ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung bzw. den eingetragenen Lebenspartner ab dem Zeitpunkt der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft,
 - die leiblichen Kinder ab Vollendung der Geburt.
- Versicherungsschutz besteht im Rahmen dieser Familienvorsorge ausschließlich für die Invaliditätsleistung und – sofern für die versicherte Person und/oder den anderen Elternteil diese Leistungsarten vereinbart sind – für die Todesfallleistung und das Krankenhaus-Tagegeld.
- 2 Höhe der Leistung:**
Die Versicherungssummen betragen für den Invaliditäts- und Todesfall sowie für das Krankenhaus-Tagegeld
- für den Ehepartner 50 % der Versicherungssumme der versicherten Person, höchstens jeweils 25.000 EUR für Invalidität (Grundsumme) bzw. Tod und höchstens 20 EUR für Krankenhaus-Tagegeld,
 - für die leiblichen Kinder 50 % der Versicherungssumme der versicherten Person und der Versicherungssumme des mitversicherten anderen Elternteils, sofern die Mitversicherung dieses Elternteils nicht auf dieser Familienvorsorge beruht, höchstens 25.000 EUR für Invalidität (Grundsumme) und 5.000 EUR für Tod und 20 EUR für Krankenhaustagegeld.

Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

Ziffer 7.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Wir erstatten die zur Begründung des Leistungsanspruches entstehenden ärztlichen Gebühren in voller Höhe.

Besondere Bedingungen für Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heilberufen

- I. Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung**
Für versicherte Personen, die
- als Chemiker oder Desinfektoren tätig sind,
 - eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt / Zahnärztin, Zahntechniker/ Zahntechnikerin, Heilprakti-

- ker/Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt/Tierärztin ausüben,
 - in der Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
 - Studenten/Studentinnen der Medizin, der Zahn-Heilkunde und der Tierheilkunde sind,
- besteht abweichend von Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) folgender Versicherungsschutz:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- 1.2 Aus
- der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankung
- geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
- 1.3 Die Krankheitserreger sind 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.
- Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
- 1.4 Für versicherte Personen, die als Chemiker oder Desinfektoren tätig sind: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

- Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen 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.

II. Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen und Laserstrahlen in die Unfallversicherung

- Für versicherte Personen, die
- eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Zahntechniker/Zahntechnikerin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt/Tierärztin ausüben,
 - in der Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
 - Studenten/Studentinnen der Medizin, der Zahnheilkunde und der Tierheilkunde sind,

besteht abweichend von Ziffer 5.2.2 der AUB folgender Versicherungsschutz:

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

Besondere Bedingungen für erhöhte Leistungen bei gleichzeitigem Bestehen einer Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung

Erleidet die versicherte Person als Lenker oder Insasse eines bei unserer Gesellschaft haftpflichtversicherten PKW einen Unfall, so erhöhen sich eventuelle Leistungen aus der Unfallversicherung um 25 %.

Dies gilt nur für die Leistungsarten:

- Invalidität
 - Unfallrente
 - Krankenhaustagegeld
 - Genesungsgeld
 - Tagegeld
 - Übergangsleistung
 - Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen
 - Unfalltod
- soweit diese tatsächlich vereinbart sind.

Versehensklausel

In Ergänzung zu Ziffer 10 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt folgendes:

Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder unterlassen Sie die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass das Versäumte nur auf einem Versehen beruht und nach seinem/ihrem Erkennen unverzüglich nachgeholt worden ist.

Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend auf den Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.

Besondere Bedingungen für die Kinderunfallversicherung bei Versorgertod

Die Bestimmungen gemäß Ziffer 12.7, 12.7.1 und 12.7.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten nicht für Kinder, die im Rahmen einer Gruppenunfallversicherung für Betriebe, Vereine oder einer sonstigen Gruppen-Unfallversicherung versichert sind.

Bedingungen, die nur nach Vereinbarung gelten

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %

– Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25	63	114
26	27	64	117
27	29	65	120
28	31	66	123
29	33	67	126
30	35	68	129
31	37	69	132
32	39	70	135
33	41	71	138
34	43	72	141
35	45	73	144
36	47	74	147
37	49	75	150
38	51	76	153
39	53	77	156
40	55	78	159
41	57	79	162
42	59	80	165
43	61	81	168
44	63	82	171
45	65	83	174
46	67	84	177
47	69	85	180
48	71	86	183
49	73	87	186
50	75	88	189
51	78	89	192
52	81	90	195
53	84	91	198
54	87	92	201
55	90	93	204
56	93	94	207
57	96	95	210
58	99	96	213
59	102	97	216
60	105	98	219
61	108	99	222
62	111	100	225

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300 %

– Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

– Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25	63	165
26	28	64	170
27	31	65	175
28	34	66	180
29	37	67	185
30	40	68	190
31	43	69	195
32	46	70	200
33	49	71	205
34	52	72	210
35	55	73	215
36	58	74	220
37	61	75	225
38	64	76	230
39	67	77	235
40	70	78	240
41	73	79	245
42	76	80	250
43	79	81	255
44	82	82	260
45	85	83	265
46	88	84	270
47	91	85	275
48	94	86	280
49	97	87	285
50	100	88	290
51	105	89	295
52	110	90	300
53	115	91	305
54	120	92	310
55	125	93	315
56	130	94	320
57	135	95	325
58	140	96	330
59	145	97	335
60	150	98	340
61	155	99	345
62	160	100	350

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 540 %

– Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25	86	280
26	28	87	285
27	31	88	290
28	34	89	295
29	37	90	300
30 bis 39	70	91	305
40 bis 49	100	92	310
50 bis 59	150	93	315
60 bis 69	200	94	320
70 bis 80	250	95	325
81	255	96	368
82	260	97	411
83	265	98	454
84	270	99	497
85	275	100	540

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent / 90 Prozent

– Sofern vereinbart –

Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen werden wie folgt erweitert:

- Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von
 - mindestens 70 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung;
 - mindestens 90 Prozent, erbringen wir die dreifache Invaliditätsleistung.
- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent – Sofern vereinbart –

Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen werden wie folgt erweitert:

- Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) leisten wir eine Unfall-Rente nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.

2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3 Beginn und Dauer der Leistung:

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 7.4 AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

3.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns diese Bescheinigung nicht unverzüglich übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Besondere Bedingungen zur Unfall-Rente bei Erweiterung auf eine Partner- und Waisen-Rente – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu den Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente leisten wir eine Partner- und Waisen-Rente nach folgenden Bedingungen:

- Wenn der rentenberechtigte Versicherte – gleichgültig aus welcher Ursache – verstirbt, wird die Unfall-Rente ab dem folgenden Monat in eine Partner- und Waisen-Rente geändert.
- Sollte der Versicherte innerhalb eines Jahres an den Folgen des Unfalles, ohne dass zuvor ein Anspruch auf Unfall-Rente entstanden war, versterben, so wird die Partner- und Waisenrente vom Unfalltag an gezahlt.

Partner-Rente

Die Partner-Rente beträgt 60% der Unfall-Rente. Die Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die begünstigte Person verstorben ist. Begünstigte Person ist der erbberechtigte Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Versicherten, sofern vor dem Unfall kein namentliches Bezugsrecht verfügt wurde.

Nicht als bezugsberechtigt eingesetzt werden können mehrere Personen gleichzeitig sowie juristische Personen.

Ist die begünstigte Person um mehr als 10 Jahre jünger als die versicherte Person, so verringert sich die Partner-Rente für jedes volle Jahr, um den der Altersunterschied 10 Jahre übersteigt, um 3% ihres Betrages.

Fehlt ein gültiges Bezugsrecht oder verstirbt die begünstigte Person, bevor ein Anspruch auf Partner-Rente gestellt wurde,

so erfolgt stattdessen eine Kapitalleistung in Höhe des 100-fachen der Unfall-Rente zugunsten der Erben der versicherten Person.

Waisen-Rente

Die Waisen-Rente beträgt 20% der Unfall-Rente für jedes erbberechtigte Kind des Versicherten, insgesamt jedoch höchstens 40% der Unfall-Rente. Die Waisen-Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Verstirbt der Bezieher der Partner-Rente, bevor die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben, so erhöht sich die Waisen-Rente von 20% auf 40%, insgesamt höchstens auf 100% der Unfall-Rente.

Besondere Bedingungen zum Leistungsplus von 2 % zur Unfall- und ggf. Partner- und Waisen-Rente – Sofern vereinbart –

Wir werden eine im Schadenfall zu zahlende Unfall-Rente ggf. einschließlich Partner- und Waisen-Rente, beginnend ab dem 2. Jahr nach dem Unfall, jährlich jeweils um 2% erhöhen. Die jährliche Erhöhung erfolgt insgesamt maximal für 30 Jahre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle – Sofern vereinbart –

Auf der Grundlage der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 AUB gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist
 - gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
 - nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.
- Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle:

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistung:

- Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie oder die versicherte Person uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle. Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.
- Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren oder den Wunsch der versicherten Person den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe – Sofern vereinbart –

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten

Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand im Handgelenk	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir bei vollständigen Frakturen ein gestaffeltes Schmerzensgeld nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat sich wegen des Unfalles und einer vollständigen Fraktur in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen oder der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2 Höhe der Leistung:

Die Höhe des Schmerzensgeldes bei Knochenbrüchen wird anhand nachstehender Tabelle ermittelt:

Vollstationär behandelter Knochenbruch (vollständige Fraktur) mit einem ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von

- mehr als 30 Tagen 100 % der Versicherungssumme
 - 4 bis 30 Tagen 50 % der Versicherungssumme
 - weniger als 4 Tagen 20 % der Versicherungssumme
- Ausschließlich ambulant behandelter Knochenbruch 20 % der Versicherungssumme.

Das gestaffelte Schmerzensgeld wird einmal je Unfall erbracht.

Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung – Sofern vereinbart –

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) auf alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden; er beginnt mit dem Betreten des Bootes und endet mit dessen Verlassen.
2. Versichert sind alle berechtigten Bootsinsassen unter Ausschluss von Personen, die beruflich mit der Wartung und Pflege des Bootes (Angestellte und entlohnte Bootsdienere) zu tun haben.
3. Im Schadenfall wird die Versicherungssumme durch die Anzahl der z. Z. des Unfalls im Boot befindlichen Personen geteilt. Jede Person ist mit dem entsprechenden Teilbetrag der Versicherungssumme versichert.
4. Gemäß Ziffer 5.1.5 AUB besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von stationären Wahlleistungen bei Unfall – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir für zusätzliche stationäre

Behandlungs- und Unterbringungskosten nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistungen:

- 1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Diese Heilbehandlung erfolgt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- 1.2 Die Versicherte Person hat Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1 Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnete – ärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) maximal bis zum 3,5fachen Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
 - Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
 - medizinisch erforderliche Krankentransportesofern nicht ein anderer Kostenträger zur Leistung verpflichtet ist oder dessen Leistungen zur Begleichung der Kosten nicht ausreichen.
- 2.2 Unsere Leistungspflicht endet, wenn nach dem medizinischen Befund keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, spätestens jedoch nach 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.3 Verzichtet die versicherte Person auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nach Ziffer 2.1, zahlen wir ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR für jeden Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung.
- 2.4 Erfolgt die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so besteht ein Anspruch auf die Wahlleistungen nur dann
 - wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist.
- 2.5 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3 Leistungsausschluss

Kein Leistungsanspruch besteht:

- bei einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung;
- bei Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung;
- bei Behandlung durch Eltern, Kinder oder Ehegatten. In diesem Fall werden nur die entstandenen Sachkosten gezahlt.

4 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 4.1 Wir können der Leistungsverpflichtung erst dann nachkommen, wenn die von Ihnen oder der versicherten Person geforderten Nachweise erbracht sind.
- 4.2 Bei den zur Leistungserlangung bei uns einzureichenden Rechnungen muss es sich um die Originalrechnungen handeln. Die Rechnungen müssen mit den Ziffern der GOÄ spezifiziert sein und folgendes enthalten:
 - Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Verletzung, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspflegesatz, die Pflegeklasse und für Selbstzahler den offiziellen Pflegesatz des ausgesuchten Krankenhauses sowie den Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung.
- 4.3 Bei einem schriftlichen Nachweis der Diagnose durch einen ausgefüllten Krankenhausfragebogen oder eine sonstige Mitteilung des Krankenhauses erklären wir auch kurzfristig eine Kostenübernahme-Zusage für die Unterbringungskosten.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen zahlen wir Druckkammerkosten nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person musste infolge eines Tauchunfalls in einer Dekompressionskammer behandelt werden.

2 Art und Höhe der Leistung:

Wir ersetzen die Kosten einer unfallbedingten Behandlung in einer Dekompressionskammer bis zu 10.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten aufkommt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag max. bis 10.000 EUR von uns erstattet.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung von Vereinen und sonstigen Institutionen

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen sind jeweils nur gültig sofern vereinbart und im Versicherungsschein ausgewiesen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der aktiven Mitglieder von Vereinen mit Sportbetrieb – Sofern vereinbart –

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen nur die Unfälle von denen die in die Versicherung einbezogenen Mitglieder bei der (den) vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen veranstalteten oder angeordneten und beaufsichtigten im Antrag näher bezeichneten Sportart(en) betroffen werden. Unfälle anlässlich von Übungen in anderen als der(den) genannten Sportart(en) sind mitversichert, wenn sie als Vorbereitung für die Ausübung der genannten Sportart(en) zweckdienlich und vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen ausdrücklich angeordnet und beaufsichtigt sind.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von örtlich durchgeführten Übungen oder Wettkämpfen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Sportveranstaltungen, die im Auftrag des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Für Faltboot-, Kajak-, Kanufahrten und Segeln gilt zusätzlich: In den Versicherungsschutz eingeschlossen ist der Auf- und Abbau der Boote, das Ein- und Ausbooten sowie das Zuwasserbringen und Bergen der Boote.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der passiven Mitglieder von Vereinen mit Sportbetrieb – Sofern vereinbart –

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen passiven Mitglieder bei Vereinsversammlungen, Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrage des Vereins teilnehmen und die dem Zweck des Vereins entsprechen, betroffen werden. Unfälle bei der Ausübung jeglichen Sports sind ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung von Vereinen ohne Sportbetrieb – Sofern vereinbart –

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen Mitglieder des Vereins während der Vereinsübungsstunden, -proben und -auführungen sowie bei Vereinsversammlungen und ferner bei Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrage des Vereins teilnehmen und die dem Zwecke des Vereins entsprechen, betroffen werden.

Unfälle auf dem direkten Wege nach und von örtlich durchgeführten Veranstaltungen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Veranstaltungen, die im Auftrage des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung von neben- oder ehrenamtlich tätigen Personen, Prüflingen bei Stadt- und Gemeindeverwaltungen, Kirchengemeinden, Berufsgenossenschaften, Industrie-, Handels- und Handwerks- und anderen Kammern, Innungen, Wirtschafts- und Fachverbänden, Vereinen und sonstigen Vereinigungen – Sofern vereinbart –

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen Personen bei der Ausübung der im Versicherungsschein / Nachtrag bezeichneten Tätigkeit(en) betroffen werden. Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und Eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Deckungsumfanges auf private Unfälle während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen – Sofern vereinbart –

Während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen umfasst der Versicherungsschutz auch Unfälle privater Natur. Unfälle auf der Hin- und Rückreise zum und vom Ort der Veranstaltung sind mitversichert. Bezüglich des Luftfahrtrisikos gelten die Ausschlüsse gemäß Ziffer 5.1.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen.

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung verlässt, jedoch nicht früher als 24 Stunden vor Beginn der auswärtigen Veranstaltung.

Der Versicherungsschutz endet mit der Rückkehr in die Wohnung, spätestens jedoch 24 Stunden nach Beendigung der Veranstaltung.

