

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2016) – Fassung Januar 2017

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 Was ist nicht versichert?
- 6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Vertragsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Der Versicherungsbeitrag und mögliche gesonderte Kosten

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 12 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
- 16 Welches Gericht ist zuständig?
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 18 Welches Recht findet Anwendung?

Wer ist wer?

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

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht, soweit keine abweichende Vereinbarung getroffen ist, während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

1.4 Als Unfall gilt auch,

1.4.1 wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

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

1.4.2 eine Gesundheitsschädigung durch erfrieren.

1.4.3 der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff. Das gilt jedoch nicht, wenn die mangelnde Aufnahme auf einer krankhaften Gesundheitsstörung beruht.

1.4.4 der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.4.5 eine tauchtypische Gesundheitsschädigung (wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen).

1.4.6 wenn bei einer rechtmäßigen Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen bewusst eine Gesundheitsschädigung in Kauf genommen wird.

1.4.7 eine Gesundheitsschädigung durch die Einwirkung ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste und Staubwolken. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen infolge unabwendbarer Umstände über eine Dauer von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- bei uns geltend gemacht worden. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.1.1.3 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

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

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.3), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

- zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

- 2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

- 2.3 Krankenhaus-Tagegeld

- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung (auch Anschlussheilbehandlung) oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie.

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

- 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
 - für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

- 2.4 Todesfall-Leistung

- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

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

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden. Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.
Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

- 3.2 Mitwirkung
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfall-Leistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

- 3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versichern können wir Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die aufgrund einer schweren körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung entsprechend der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in den Pflegegrad 3 (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 21.12.2015) eingestuft werden können. Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.

- 4.2 Sobald eine versicherte Person im Sinne von Ziffer 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 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist. Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele: Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*

- *torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung.

Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

- 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.
- 5.1.3.1 Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des einundzwanzigsten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- 5.1.3.2 Diese Ausnahme gilt nicht
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
- 5.1.3.3 Innere Unruhen
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.
- Beispiel: Ein nicht unerheblicher Teil des Volkes stellt sich gegen die öffentliche Ordnung und stört diese gewalttätig.*
- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
 - bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

- 5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Fahrtveranstaltungen (Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten), bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.*
- 5.2.4 Infektionen.
Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- und erleidet eine allergische Körperreaktion, die durch Insektenstiche oder -bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht wird.
 - mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

Ausnahme:

Versichert bleiben die Folgen einer psychischen oder nervösen Störung, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit die Störungen auf eine, durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen ist.

- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

- 6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.6), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um. Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.
Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

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

- 6.2.2 Auswirkungen der Änderung
Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach

dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten, soweit keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde, für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

- 6.2.3 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unserem gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz, entfällt der Versicherungsschutz. Dieser endet einen Monat nachdem sie die neue, für uns nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen haben.

Wir erstatten Ihnen die Beiträge, die Sie für die versicherte Person ab dem genannten Zeitpunkt an uns gezahlt haben.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt. Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.
- 7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

- 7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
 - Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
- Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Die Höchstleistung beträgt 500 EUR je Unfall.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Vorschüsse
Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde

nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

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

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

- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.
Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

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

- 9.5 Todesfall-Leistung nach dem Verschollenheitsgesetz
Gilt die versicherte Person als verschollen nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes, entsteht der Anspruch auf die versicherte Todesfall-Leistung. Die Leistung wird erbracht, wenn
- die Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt,
 - die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und
 - uns eine amtliche Urkunde vorliegt.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, ist die von uns erbrachte Zahlung zurückzuzahlen.

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 10.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.

- 10.2.3 **Vertragsbeendigung**
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Jahres in Textform zugehen.
- 10.3 **Kündigung nach Versicherungsfall**
Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.
Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns in Textform zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 10.4 **Teilkündigung**
- 10.4.1 Eine Kündigung nach den Ziffern 10.2.2, 10.2.3 und 10.3 können Sie oder wir auf einzelne versicherte Personen beschränken (Teilkündigung).
- 10.4.2 Machen wir von unserem Teilkündigungsrecht Gebrauch, können Sie den gesamten Versicherungsvertrag, mit Wirkung für alle weiteren versicherten Personen kündigen.
- 10.4.3 Wenn Sie teilweise kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns in Textform zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 10.4.4 Im Falle einer Teilkündigung verringert sich der Beitrag um den, auf die gekündigten versicherten Personen entfallenden Beitrag.
- 10.5 **Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland**
- 10.5.1 Die Unfallversicherung gilt für Versicherungsnehmer oder versicherte Personen, die ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- 10.5.2 Verlegen Sie oder die versicherte Person ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland, können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.
- 10.5.3 Ihr Kündigungsrecht bei einem dauerhaften Umzug ins Ausland:
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.
- 10.5.4 Ausübung der Rechte durch uns:
Kündigen wir, müssen wir die Kündigung innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von dem dauerhaften Verzug ins Ausland Kenntnis erlangen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 10.6 **Versicherungsjahr**
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.
Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.
Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag und mögliche gesonderte Kosten

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 **Beitrag und Versicherungssteuer**
- 11.1.1 **Beitragszahlung und Versicherungsperiode** Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt bei
- Monatsbeiträgen einen Monat,
 - Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
 - Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
 - Jahresbeiträgen ein Jahr.
- 11.1.2 **Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 11.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag**
- 11.2.1 **Fälligkeit der Zahlung**
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.
- 11.2.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 11.2.3 **Rücktritt**
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- 11.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 11.3.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 11.3.2 **Verzug**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- 11.3.3 **Zahlungsfrist**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig

bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen. Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

12 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

12.1 In folgenden Fällen können wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung stellen:

- Schriftliche Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rückläufer im Lastschriftverfahren.

Die Höhe des pauschalen Kostenbeitrages kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kostenansätze können Sie bei uns anfordern.

12.2 Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Weitere Bestimmungen

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

13.1 Fremdversicherung

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

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

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

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

13.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen

	<p>Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.</p>	<p>treten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.</p> <p>Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder – wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen. <p>Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.</p>
14.2	<p>Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung</p> <p>Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall</p> <ul style="list-style-type: none"> – vom Vertrag zurücktreten, – den Vertrag kündigen, – den Vertrag ändern oder – den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten. 	
14.2.1	<p>Rücktritt</p> <p>Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – weder eine vorsätzliche, – noch eine grob fahrlässige <p>Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.</p> <p>Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der</p> <ul style="list-style-type: none"> – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls, – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht <p>ursächlich war. Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.</p>	<p>14.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte</p> <p>Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.</p> <p>Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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.</p> <p>Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.</p> <p>Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.</p>
14.2.2	<p>Kündigung</p> <p>Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.</p>	<p>14.4 Anfechtung</p> <p>Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>
14.2.3	<p>Vertragsänderung</p> <p>Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu ver-</p>	<p>14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes</p> <p>Die Absätze 14.1. bis 14.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.</p>
		<p>15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?</p>
		<p>15.1 Gesetzliche Verjährung</p> <p>Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.</p>

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

16 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

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

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 oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Dies gilt auch bei einem vorübergehenden oder dauerhaften Umzug ins Ausland. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes: Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben. Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

Die nachfolgenden besonderen Bedingungen gelten nur, wenn sie vertraglich vereinbart sind.

UN 4002 – 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 verordneten Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

UN 4004 – Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

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:

- 1.1 Die versicherte Person ist vollzeitbeschäftigt 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.
- 1.2 Die versicherte Person übt keine der folgenden Tätigkeiten oder Beschäftigungen aus: Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/-mann, Rentner/-in, Landwirt/-in, Handelsvertreter/-in und Teilzeitarbeit.
- 1.3 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften. 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:

- 3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie 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.

- 3.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

UN 4005 – Besondere Bedingungen für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und/oder Bänderrissen

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

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat sich wegen des Unfalles und einer vollständigen Fraktur und/oder eines vollständigen Bänderrisses in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen 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 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.

Vollstationär oder ambulant behandelter vollständiger Bänderriss 20% der Versicherungssumme.

Das gestaffelte Schmerzensgeld wird einmal je Unfall erbracht.

UN 4006 – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 540 %

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
1 bis 25	1 bis 25
26	28
27	31
28	34
29	37
30	40
31	44
32	48
33	52
34	56
35	60
36	64
37	68
38	72
39	76
40	80
41	84
42	88
43	92
44	96
45	100
46	104
47	108
48	112
49	116
50	120
51	126
52	132
53	138
54	144
55	150
56	156
57	162
58	168
59	174
60	180
61	186
62	192
63	198
64	204
65	210
66	216
67	222
68	228
69	234
70	240
71	246
72	252
73	258
74	264
75	270
76	276
77	282
78	288
79	294
80	300
81	306
82	312
83	318
84	324
85	330
86	336
87	342
88	348
89	354
90	360
91	378
92	396
93	414
94	432
95	450
96	468
97	486
98	504
99	522
100	540

UN 4007 – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1000 %

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
1 bis 25	1 bis 25
26	28
27	31
28	34
29	37
30	70
31	70
32	70
33	70
34	70
35	75
36	80
37	85
38	90
39	95
40	100
41	105
42	110
43	115
44	120
45	125
46	130
47	135
48	140
49	145
50	150
51	157
52	164
53	171
54	178
55	185
56	192
57	199
58	206
59	213
60	220
61	227
62	234
63	241
64	248
65	255
66	262
67	269
68	276
69	283
70	290
71	297
72	304
73	311
74	318
75	325
76	336
77	347
78	358
79	369
80	380
81	391
82	402
83	413
84	424
85	435
86	446
87	457
88	468
89	479
90	490
91	541
92	592
93	643
94	694
95	745
96	796
97	847
98	898
99	949
100	1000

UN 4135 – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

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

UN 4150 – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

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
1 bis 25	1 bis 25
26	30
27	35
28	40
29	45
30	50
31	55
32	60
33	65
34	70
35	75
36	80
37	85
38	90
39	95
40	100
41	105
42	110
43	115
44	120
45	125
46	130
47	135
48	140
49	145
50	150
51	157
52	164
53	171
54	178
55	185
56	192
57	199
58	206
59	213
60	220
61	227
62	234
63	241
64	248
65	255
66	262
67	269
68	276
69	283
70	290
71	297
72	304
73	311
74	318
75	325
76	332
77	339
78	346
79	353
80	360
81	367
82	374
83	381
84	388
85	395
86	402
87	409
88	416
89	423
90	430
91	437
92	444
93	451
94	458
95	465
96	472
97	479
98	486
99	493
100	500

UN 4008 – Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit

Wichtiger Hinweis:

Sofern über diesen Vertrag mehrere Personen versichert sind, gilt folgende Vereinbarung nur, wenn sie im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich bei der jeweiligen versicherten Person ausgewiesen ist.

Auf der Grundlage der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) bieten wir für außerberufliche Unfälle Versicherungsschutz aus den doppelten Invaliditätsversicherungssummen, soweit dies für die einzelnen Leistungsarten vereinbart ist.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person ist vollzeitbeschäftigt 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.

1.2 Die versicherte Person übt keine der folgenden Tätigkeiten oder Beschäftigungen aus: Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/-mann, Rentner/-in, Landwirt/-in, Handelsvertreter/-in und Teilzeitarbeit.

1.3 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften. 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:

3.1 Fallen die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, so entfällt der hier zusätzlich vereinbarte Versicherungsschutz.

Die Leistungen bemessen sich in diesem Fall nach den entsprechend dem gesamten Beitrag erhöhten Versicherungssummen ohne diese Klausel. Der Beitrag berechnet sich nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif. Ziffer 6.2 AUB gilt nicht.

3.2 Liegen die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir den Vertrag mit dem bisherigen Beitrag und den ursprünglich geltenden doppelten Invaliditätsversicherungssummen für außerberufliche Unfälle, soweit sie für die einzelnen Leistungsarten vereinbart waren, weiter.

3.3 Sind bereits bei Abschluss des Vertrages die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 nicht gegeben, so gilt ebenfalls die in Ziffer 3.1 genannte Regelung.

UN 4009 – Besondere Bedingungen für Krankenhaus-Tagegeld PLUS

Ergänzend zu Ziffer 2.3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) leisten wir ein Krankenhaus-Tagegeld PLUS nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung (auch Anschlussheilbehandlung) entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3 AUB.

2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld PLUS wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten.

Neben dem Krankenhaus-Tagegeld leisten wir nach einer ambulanten chirurgischen Operation noch einmal den gleichen Betrag als Krankenhaus-Tagegeld PLUS.

UN 4010 – Besondere Bedingung für die Versicherung einer gestaffelten Unfall-Rente ab 35 % Invalidität (03.2017)

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

1 Voraussetzungen für die Leistung der Unfall-Rente:

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 und im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad geführt. Die Regelungen der verbesserten Gliedertaxe sind, sofern die genannte Klausel vereinbart ist, auch auf die vorliegende Klausel anwendbar.

2 Höhe der Leistung der Unfall-Rente:

2.1 Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich gemäß der in UN 4010 Ziffer 2.2 beschriebenen Staffelung.

2.2 Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person bei einem Invaliditätsgrad

- ab 35 % bis unter 50 %:
25 % der vereinbarten Versicherungssumme
- ab 50 % bis unter 65 %:
50 % der vereinbarten Versicherungssumme
- ab 65 % bis unter 80 %:
75 % der vereinbarten Versicherungssumme
- ab 80 %:
100 % der vereinbarten Versicherungssumme

2.3 Eine vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel, eine Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall finden auf die vorliegende Klausel UN 4010 keine Anwendung.

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 9.4 AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad gesunken ist.
- 3.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen auf unsere Kosten anzufordern. Wenn Sie uns diese Bescheinigung trotz Aufforderung nicht innerhalb von 2 Wochen übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, es sei denn, Sie haben den nicht fristgerechten Zugang nicht zu vertreten.

UN 4011 – Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente ab 50 % Invalidität (03.2017)

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

1 Voraussetzungen für die Leistung der Unfall-Rente:

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 und im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad geführt.

Die Regelungen der verbesserten Gliedertaxe sind, sofern die genannte Klausel vereinbart ist, auch auf die vorliegende Klausel anwendbar.

2 Höhe der Leistung der Unfall-Rente:

- 2.1 Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.2 Eine vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel, eine Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall finden auf die vorliegende Klausel UN 4011 keine Anwendung.

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 9.4 AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad gesunken ist.

- 3.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen auf unsere Kosten anzufordern. Wenn Sie uns diese Bescheinigung trotz Aufforderung nicht innerhalb von 2 Wochen übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, es sei denn, Sie haben den nicht fristgerechten Zugang nicht zu vertreten.

UN 4012 – Besondere Bedingungen zur Unfall-Rente bei Erweiterung auf eine Partner- und Waisen-Rente

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

- 1 Wenn der rentenberechtigte Versicherte – gleichgültig aus welcher Ursache – verstirbt, wird die Unfall-Rente ab dem folgenden Monat in eine Partner- und Waisen-Rente geändert.
- 2 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, jedoch maximal für die Dauer von 10 Jahren ab dem Tod der rentenberechtigten versicherten Person.

Begünstigte Person ist der erbberechtigte Ehegatte oder der erbberechtigte, 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.

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.

UN 4013 – Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Tagegeldes für Berufstätige

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

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

- 1.2 Die versicherte Person steht zum Unfallzeitpunkt in einem Arbeits-, Angestellten- oder beruflichen Ausbildungsverhältnis oder ist selbständig oder freiberuflich tätig. Versicherungsschutz besteht auch, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt nicht in einem Arbeits-, Angestellten- oder beruflichen Ausbildungsverhältnis steht oder selbständig oder freiberuflich tätig ist, jedoch innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Unfall für mindestens 6 Monate eine solche berufliche Tätigkeit ausgeübt hat.
- 1.3 Die versicherte Person ist zum Unfallzeitpunkt mindestens 18 Jahre alt.

2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, sofern sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

UN 4014 – Besondere Bedingungen für die gestaffelte Übergangsleistung

In Erweiterung zu den Bedingungen für die Übergangsleistung gemäß Ziffer 2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird folgendes vereinbart:

- 1 Sofern die versicherte Person unfallbedingt im beruflichen oder außerberuflichen Bereich, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen, zu 100 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, zahlen wir eine Übergangsleistung in Höhe von
- 10 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Beeinträchtigung, gerechnet vom Unfalltag an, ununterbrochen länger als 6 Wochen andauert
 - 50 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Beeinträchtigung, gerechnet vom Unfalltag an, ununterbrochen länger als 3 Monate andauert. Eine zuvor bereits erbrachte Leistung aufgrund einer länger als 6 Wochen

andauernden Beeinträchtigung wird hierbei angerechnet.

- 2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.
- 3 Geleistete Zahlungen aufgrund Ziffer 1 dieser Klausel werden auf die Übergangsleistung gemäß Ziffer 2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) angerechnet.
- 4 Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme je Unfall nur einmal gezahlt.

UN 4015 – Besondere Bedingungen für die Verbesserte Gliedertaxe

- 1 Ziffer 2.1.2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt ersetzt: Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit 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 bereits vor Eintritt des Unfalls verloren war	70 %
– Gehör auf einem Ohr	30%
– Sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits vor Eintritt des Unfalls verloren war	45 %
– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	15 %
– Niere bei Erhaltung der anderen Niere	20 %
– Milz	10 %
– Sprechvermögen	100 %

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

- 2 Diese Vereinbarung erlischt für die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollendet hat.

UN 4016 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) leisten wir Ersatz für Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten nach folgenden Bedingungen:

1 Art der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für Zahnbehandlungs- und/oder Zahnersatzkosten für einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen.

2 Voraussetzung für die Leistung

- 2.1 Wir erstatten diese Kosten nur, wenn neben dem Zahnverlust noch weitere Verletzungen durch den Unfall eingetreten sind.
- 2.2 Der Verlust oder Teilverlust der Schneide- und Eckzähne und die weiteren Unfallverletzungen müssen innerhalb einer Woche nach dem Unfalltag festgestellt und ärztlich bescheinigt sein.
- 2.3 Ein Attest darüber hat uns vorgelegen.
- 2.4 Die Behandlung muss innerhalb von zwei Jahren ab Unfalltag abgeschlossen sein, bei Kindern mit Vollendung des 21. Lebensjahres, es gilt der spätere Zeitpunkt.

3 Höhe der Leistung

- 3.1 Die Höhe der Leistung ist insgesamt begrenzt auf
- die im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannte Versicherungssumme
 - die Kosten für die Behandlung oder den Ersatz der unmittelbar durch den Unfall beschädigten Zähne. Dabei wird Ziffer 3 AUB berücksichtigt.
 - die Kosten im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5-fachen Satz.
- 3.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, so hat uns dies der Versicherungsnehmer anzuzeigen und wir erstatten nur die restlichen Kosten. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, erstatten wir die gesamten Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

UN 4017 – Besondere Bedingungen für die Versicherung des gestaffelten Haushaltshilfegeldes

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

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befand sich wegen eines Unfalles gemäß Ziffer 1.3 bzw. 1.4 AUB entweder in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder die versicherte Person musste sich wegen eines solchen Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation unterziehen. Als vollstationäre Heilbehandlung gelten nur medizinisch notwendige Aufenthalte in einem Krankenhaus, nicht jedoch Aufenthalte oder Kuren in

einem Sanatorium, Erholungsheim oder sonstigen Kuranstalten.

Eine ambulante Operation liegt nur vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalles gemäß Ziffer 1.3 bzw. 1.4 AUB unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie operiert wurde. Insbesondere das Nähen einer Platzwunde nach z.B. einer Prellung bzw. Quetschung gilt nicht als ambulante Operation. Die vorgenannten Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein fachärztliches Attest nachgewiesen (z.B. ausführlicher Entlassungsbericht des behandelnden Krankenhauses bzw. Operationsbericht bei ambulanten Operationen).

2 Höhe der Leistung:

- 2.1 Die Höhe des gestaffelten Haushaltshilfegeldes wird wie folgt ermittelt:
Vollstationär behandelte Unfallfolgen mit einem Krankenhausaufenthalt von
- mehr als 12 Tagen
100 % der Versicherungssumme
 - mehr als 8 Tagen
60 % der Versicherungssumme
 - mehr als 4 Tagen
40 % der Versicherungssumme
 - bis zu 4 Tagen
20 % der Versicherungssumme.

Bei ausschließlich ambulanter Operation einmalig je Unfall 10 % der Versicherungssumme.

Erstreckt sich die Behandlung auf mehrere vollstationäre Heilbehandlungen, ist für die Höhe des gestaffelten Haushaltshilfegeldes die Summe der Tage maßgebend, welche sich aus den einzelnen Aufenthalten für die vollstationäre Heilbehandlung ergibt.

- 2.2 Als vereinbarte Versicherungssumme für das gestaffelte Haushaltshilfegeld gilt die im Versicherungsschein genannte Versicherungssumme.

3 Ausschluss der Leistung:

Der Leistungsanspruch ist ausgeschlossen, soweit die vollstationäre Heilbehandlung beziehungsweise die ambulante Operation nicht innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfallereignis begonnen wird.

UN 4018 – Besondere Bedingungen für die Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

In teilweiser Abweichung von Ziffer 2.1.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen bezahlen wir bei versicherten Personen, die das 15. Lebensjahr zum Unfallzeitpunkt vollendet haben, die Invaliditätsleistung in folgenden Fällen bereits bei der Stellung der Diagnose zu dem nachstehend genannten Prozentsatz:

Diagnose	Auszahlung in % aus der vereinbarten Grundsumme für Invalidität
Oberschenkelhalsfraktur	7,00 %
Erstmalige Ruptur des natürlichen Kreuzbandes	3,50 %

Verlust der Kniescheibe	7,00 %
Kniescheibenfraktur	3,50 %
Schienbeinfraktur	3,50 %
Sprunggelenksfraktur Klassifikation	
nach Weber B	2,00 %
nach Weber C	4,00 %
Traumatische Achillessehnenruptur	2,00 %
Fersenbeinfraktur (operativ versorgt)	4,00 %
Oberarmkopffraktur (operativ versorgt)	7,00 %
Oberarmkopffraktur	3,50 %
Verschobene Radiusfraktur (operativ versorgt)	3,50 %
Radiusköpfchenfraktur	2,75 %
Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers	5,00 %
Kompressionsfraktur mehrerer Wirbelkörper	10,00 %
Verbrennungen III. Grades von mehr als 20 % der Körperfläche	5,00 %

Bei wiederholt eintretenden Rupturen desselben Kreuzbandes wird die Leistung nur einmal erbracht.

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

Die Höhe der Leistung beträgt maximal 10.000,00 EUR je Unfall.

UN 4019 – Besondere Bedingungen für den Einschluss des kombinierten Rooming-In-Geldes, Schulausfallgeldes und Ausbildungsausfallgeldes 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 der vereinbarten Versicherungssumme für jede Übernachtung des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus.

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

2 Schulausfallgeld

2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

- hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr vollendet und befindet sich in schulischer Ausbildung.
- kann wegen des Unfalles länger als 6 Wochen nicht am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule oder gleich gestellten 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 der vereinbarten Versicherungssumme (Tagessatz).

2.3 Ende des Versicherungsschutzes:

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

3 Ausbildungsausfallgeld

3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

- hat bei Eintritt des Unfalles das 15. Lebensjahr vollendet und befindet sich in einem Ausbildungs- oder Vollzeitbeschäftigungsverhältnis und
- ist seit dem Unfalltag unfallbedingt und ununterbrochen länger als 6 Wochen vollständig (zu 100 %) arbeitsunfähig oder kann wegen des Unfalles länger als 6 Wochen nicht am Unterricht einer Berufsschule 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.

3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Wir zahlen das Ausbildungsausfallgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Unfall einmalig als Kapitalbetrag.

3.3 Ende des Versicherungsschutzes:

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

UN 4020 – Besondere Bedingungen für die Familienvorsorge in der Unfallversicherung

Wir bieten Ihnen entsprechend der nachfolgenden Regelung eine Familienvorsorge:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Sie als Versicherungsnehmer haben das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet und sind zugleich auch (eine der) versicherte(n) Person(en) des Vertrages.
Die Mitversicherung ist frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres möglich.

2 Art der Leistung:

Für die Dauer von 15 Monaten besteht während der Wirksamkeit des Vertrages Versicherungsschutz für Ihre hinzukommenden Angehörigen, nämlich

- Ihren Ehepartner ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung, bzw. ihren eingetragenen Lebenspartner ab dem Zeitpunkt der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.
- Ihre leiblichen Kinder ab Vollendung der Geburt.
- Ihr adoptiertes Kind ab Rechtswirksamkeit der Adoption (bis zum vollendetem 17. Lebensjahr).

Versicherungsschutz besteht im Rahmen dieser Familienvorsorge ausschließlich für die Invaliditätsleistung und sofern bei Ihnen als Versicherungsnehmer die Leistungsarten vereinbart sind für die Todesfallleistung und das Krankenhaus-Tagegeld.

3 Höhe der Leistung:

Die Versicherungssummen betragen für den:
Invaliditätsfall (Grundsumme) 25.000,00 EUR
Todesfall 10.000,00 EUR

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt
Krankenhaus-Tagegeld 10,00 EUR

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades und der Höhe der Leistung bleiben eine vereinbarte verbesserte Gliedertaxe, eine progressive Invaliditätsstaffel, eine Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall unberücksichtigt.

UN 4021 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

Abweichend zu Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB).

Es besteht auch Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose (Neuroborreliose).

Abweichend von Ziffer 10.1 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.

Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung der versicherten Person mit dem Erreger dieser Infektionskrankheiten.

Der Versicherungsfall muss durch eine zeitnahe (innerhalb von

4 Wochen) erfolgte ärztliche Feststellung des Zeckenbisses und/oder der Wanderröte (Erythema chronicum migrans) dokumentiert sein (Erstdokumentation).

Der Leistungsanspruch gilt dem Grunde nach als nachgewiesen, wenn zur Erstdokumentation typisch klinisch abgrenzbare Symptome der Neuroborreliose (krankheitsaktiv) durch einen Facharzt/-ärztin (Neurologe/-in) bestätigt wurden.

Nach Ziffer 2.1.1.2 der AUB muss die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Zeckenbiss eingetreten und von einem Facharzt/-ärztin (Neurologe/-in) schriftlich festgestellt und von Ihnen geltend gemacht worden sein.

UN 4022 – Besondere Bedingungen für erweiterten Versicherungsschutz von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (Trunkenheit),

- wenn der Blutalkoholgehalt beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,10 ‰;
- wenn der Blutalkoholgehalt bei allen anderen Unfällen unter 2,00 ‰

zum Unfallzeitpunkt liegt.

UN 4023 – Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

Ziffer 9.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert: Wir erstatten Ihnen zur Begründung Ihres Leistungsanspruches entstehende ärztliche Gebühren in voller Höhe.

UN 4024 – Besondere Bedingungen für Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heil- und Gesundheitsfachberufen

Abweichend zu Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz bei Infektionen nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzung für die Leistung:

- 1.1 Die versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit aus
 - als Chemiker/Chemikerin oder Desinfektor/Desinfektorin
 - als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Zahntechniker/Zahntechnikerin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Tierarzt/Tierärztin,
 - in der Krankenpflege als Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin,
 - als Hebamme, Entbindungspfleger,
 - als Arzthelfer/Arzthelferin,beziehungsweise die versicherte Person ist immatrikuliert als Student/Studentin der Medizin, der Zahnheilkunde oder der Tierheilkunde.
- 1.2 Die versicherte Person hat sich in Ausübung einer in Ziffer 1.1 genannten beruflichen oder studentischen Tätigkeit infiziert.
- 1.3 Aus
 - der Krankengeschichte,

- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.4 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.4 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 den unter Ziffer 1 genannten Berufen tätig sind, besteht jedoch Versicherungsschutz bei Diphtherie- und Tuberkuloseerkrankungen durch Tröpfcheninfektion.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 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.

3 Ausschluss der Leistung:

Bei der versicherten Person, die in den unter Ziffer 1 genannten Berufen tätig ist, bleiben Infektionsschädigungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

UN 4025 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Eigenbewegungen und Bauch- /Unterleibsbrüchen

Abweichend von den Ziffern 1.4.1 und 5.2.7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt als Unfall auch, wenn durch

- Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskel, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden
- erhöhte Kraftanstrengung ein Bauch- oder Unterleibsbruch hervorgerufen wird.

UN 4026 – Besondere Bedingungen für die Mehrleistungen bei Unfällen mit Kopfverletzungen

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 und 1.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) mit einer Kopfverletzung erlitten.
- 1.2 Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB erhöhen sich im Schadenfall die vereinbarten Leistungen, wenn die

versicherte Person bei folgenden Aktivitäten nachweislich einen geeigneten Helm getragen hat:

- Ski- und Snowboardfahren
- Rodeln
- Fahrradfahren
- Skaten und Inlinern
- Reiten
- Klettern

2 Höhe der Leistung:

Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 10% auf die fällig werdenden Invaliditätsleistung.

UN 4027 – Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen festgelegten Steigerungsprozentsatz zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

- 1.1 Eine planmäßige Erhöhung findet ausschließlich für nachfolgend genannte Leistungsarten statt, hierbei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR,
- für Schmerzensgeld bei Bänderriss/ Knochenbruch auf volle 5 EUR,
- für die Übergangsleistung mit Lohnausfallgeld auf volle 50 EUR,
- für die Unfall-Rente auf volle 5 EUR,
- für Tagegeld auf volle 0,50 EUR,
- für Krankenhaus-Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld PLUS auf volle 0,50 EUR

Alle weiteren Leistungsarten sind von der planmäßigen Erhöhung ausgenommen.

- 1.2 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Unfälle im Sinne Ziffer 1.3 und 1.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB).

- 1.3 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

- 2 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

- 3 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

- 4 Wird in einer der vereinbarten Leistungsarten mit planmäßiger Erhöhung die entsprechend nachfolgend aufgeführte Versicherungssumme erreicht, findet für die versicherte Person generell, auch zu den anderen Leistungsarten, keine Erhöhung mehr statt.

	Kinder (bis Ende 18. Lebensjahr)	Erwachsene (bis Ende 65. Lebensjahr)
Leistungsarten	Versicherungs- summen	Versicherungs- summen
Todesfall	500.000 EUR	500.000 EUR
Invaliddität ohne Progression	1.000.000 EUR	1.000.000 EUR
Invaliddität mit 350 % Progression	300.000 EUR	300.000 EUR
Invaliddität mit 500 % Progression	200.000 EUR	200.000 EUR
Invaliddität mit 540 % Progression	200.000 EUR	200.000 EUR
Invaliddität mit 1000% Progression	150.000 EUR	150.000 EUR
Unfall-Rente ab 35% und 50 %	2.500 EUR	2.500 EUR
Schmerzensgeld bei Bänderriss und Knochenbruch	3.000 EUR	3.000 EUR
Tagegeld ab Tag laut Versicherungsschein	nicht versicherbar	150 EUR
Krankenhaus-Tagegeld	150 EUR	150 EUR
Krankenhaus-Tagegeld PLUS	150 EUR	150 EUR
Gestaffelte Übergangsleistung	20.000 EUR	20.000 EUR

- 5 Diese Vereinbarung erlischt für die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollendet hat.
- 6 Diese Vereinbarung erlischt ferner mit dem Zeitpunkt, in dem der Vertrag nach Ziffer 11.6 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen beitragsfrei gestellt wird. In diesem Fall ist die planmäßige Erhöhung der Leistung für die gesamte Restlaufzeit ausgeschlossen.

UN 4028 – Besondere Bedingung zur Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung der versicherten Person nach einem schweren Unfall eines mitversicherten Familienangehörigen

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) übernehmen wir die Kosten einer medizinisch notwendigen psychotherapeutischen Behandlung der versicherten Person nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzung für die Leistung:

- 1.1 *bei minderjährigen versicherten Personen:*
Ein im Vertrag ebenfalls mitversicherter Elternteil oder ein mitversicherter Geschwister der versicherten Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 bzw. 1.4

AUB erlitten.

- 1.2 *bei volljährigen versicherten Personen:*
Ein im Vertrag ebenfalls mitversicherter Kind oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner der versicherten Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 bzw. 1.4 AUB erlitten.
- 1.3 Die versicherte Person nimmt auf Grund eines solchen Unfallereignisses bei einer mitversicherten Person gemäß Ziffer 1.1. oder 1.2 innerhalb von 2 Jahren nach diesem Unfall eine medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlung in Anspruch.
Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch die folgenden Unterlagen nachgewiesen:
- Ärztliches Attest über die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung
 - Kopie der Genehmigung und (Teil-) Kostenübernahme einer derartigen Therapie durch die Krankenkasse
 - Rechnung des Psychotherapeuten
- 1.4 Sind mehrere Familienangehörige der versicherten Person gemäß Ziffer 1.1. oder 1.2 von einem Unfallereignis gleichzeitig betroffen, kann die Leistung für jede versicherte Person nur einmal verlangt werden.

2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen je versicherter Person, die Kosten für die medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlung, abzüglich der durch die Krankenkasse oder eines anderen Leistungserbringers (z.B. Haftpflichtversicherung eines Unfallverursachers) bereits übernommenen Leistungen, maximal jedoch in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Als vereinbarte Versicherungssumme für die Kostenübernahme einer psychotherapeutischen Behandlung gilt die im Versicherungsschein genannte Versicherungssumme.

UN 4029 – Restkostenübernahme bei Umbaumaßnahmen des Wohnumfeldes und des Pkw

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) leisten wir Ersatz für Umbaumaßnahmen nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Für die versicherte Person ergeben sich nach einem Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB und der damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung Umbaumaßnahmen an der Wohnung oder dem privat genutzten PKW.
Die Umbaumaßnahmen werden innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall abgeschlossen.

2 Umfang und Höhe der Leistung:

Wir erstatten nach einem Unfall die Kosten, die für den unfallbedingt notwendig gewordenen

- behindertengerechten Umbau der Wohnung
- behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person

anfallen, soweit die Leistungen der vorrangig in Anspruch zu nehmenden privaten oder gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder

Berufsgenossenschaft zur Kostendeckung nicht ausreichen und die Leistungspflicht einer privaten oder gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder Berufsgenossenschaft dem Grunde nach besteht.

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt begrenzt auf die im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannte Versicherungssumme.

3 Auszahlung der Leistung:

Nach Abschluss der Umbaumaßnahmen, sind die jeweiligen Originalrechnungen sowie der Erstattungsbescheid des vorleistungspflichtigen Kostenträgers (Sozial- oder andere Privatversicherung) einzureichen.

UN 4031 – Höchstversicherungssummen ab 65. Lebensjahr

Wir bieten Versicherungsschutz im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), für versicherte Personen ab dem 65. Lebensjahr nach den vereinbarten Versicherungssummen je Leistungsart, höchstens jedoch bis zur Höhe der nachfolgenden Höchstversicherungssummen:

Leistungsart	Höchstversicherungssumme
Tod	50.000 € Maximal jedoch, bis zur Höhe der geltenden Invaliditäts-Grundsumme
Invalidität ohne Progression	200.000 €
Invalidität ohne Progression und Freizeitverdoppelung	100.000 €
Invalidität mit 350% Progression	55.000 €
Invalidität mit 350% Progression und Freizeitverdoppelung	27.500 €
Invalidität mit 500% Progression	35.000 €
Invalidität mit 500% Progression und Freizeitverdoppelung	17.500 €
Invalidität mit 540% Progression	35.000 €
Invalidität mit 540% Progression und Freizeitverdoppelung	17.500 €
Invalidität mit 1000% Progression	20.000 €
Invalidität mit 1000% Progression und Freizeitverdoppelung	10.000 €
Krankenhaus-Tagegeld	50 €
Krankenhaus-Tagegeld PLUS	50 €

Übersteigen die vereinbarten Versicherungssummen zu Beginn des Versicherungsjahres, in dem der Versicherungsnehmer das 65. Lebensjahr vollendet hat, die oben aufgeführten Höchstversicherungssummen, werden diese zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres auf die Höchstversicherungssummen, unter gleichzeitiger Reduzierung der Beiträge, verringert.

Die Reduzierung des neuen Beitrags erfolgt im selben Verhältnis wie die Reduzierung der Versicherungssummen.

Unsere Mitteilung über die Änderung werden wir Ihnen spätestens einen Monat vor Beginn der Änderung der Versicherungssummen zusenden.

UN 4032 – Anpassung des Beitrags an die Schadenentwicklung

- Die Beitragssätze für die versicherten Leistungsarten werden auf Grundlage einer ausreichend großen Anzahl von Unfallversicherungs-Risiken eines Tarifs, die einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen (Bestandsgruppe), unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik ermittelt.
- Bei der Neukalkulation des Risikoanteils Ihres Beitrags im Rahmen der Beitragsanpassung, werden wir bei den Beitragssätzen zu den jeweiligen Bestandsgruppen ausschließlich externe Kostenfaktoren unter Berücksichtigung der bisherigen Schadenentwicklung und der voraussichtlichen Schadenentwicklung zu Grunde legen. Für den Fall, dass unternehmenseigene Daten keine ausreichende Grundlage für die Neukalkulation darstellen, werden statistische Erkenntnisse des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder weiterer externer Quellen, welche zur Kalkulation geeignet sind, herangezogen. Wir sind berechtigt und verpflichtet einmal im Kalenderjahr eine Neukalkulation der Beitragssätze zu den jeweiligen Bestandsgruppen vorzunehmen.
- Weichen die kalkulierten Werte von denen der letztmaligen Neu-/Nachkalkulation ab, sind wir berechtigt den Beitrag, auch soweit er für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, für die einzelnen Bestandsgruppen anzupassen, bei denen die kalkulatorische Abweichung mindestens 3% beträgt. Ist der Beitragssatz nach den genannten Voraussetzungen zur Beitragsanpassung entsprechend zu senken, so sind wir dazu verpflichtet. Sehen wir von einer Beitragssatzerhöhung ab, können wir die festgestellte Abweichung bei der nächsten Nachkalkulation zur Beitragsanpassung berücksichtigen.
- Die aus der Neukalkulation folgenden Änderungen der Beiträge gelten für bestehende Verträge ab dem Kalenderjahr, das auf die Neukalkulation folgt, und zwar jeweils mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Die Anpassung unterbleibt, wenn seit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn 12 Monate noch nicht abgelaufen sind.
- Bei Erhöhung des Beitrags gemäß Ziffer 3 können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Unsere Mitteilung werden wir Ihnen spätestens einen Monat vor Erhöhung des Beitrags zusenden. Erfolgt innerhalb der Frist keine Kündigung, wird der Vertrag ab Wirksamwerden der Erhöhung zu dem geänderten Beitrag fortgeführt.

UN 4033 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von frauentypischen Krebserkrankungen

Ergänzend zu Ziffer 1 und 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen erbringen wir eine Leistung unter den nachfolgend näher bezeichneten Bedingungen:

1 Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person verliert aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Krebserkrankung und einer dadurch erforderlichen Krebsoperation

- eine Brust oder beide Brüste
- die Gebärmutter und/oder beide Eierstöcke

Krebs im Sinn dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

Die Krebserkrankung wird frühestens im 4. Monat nach Vertragsbeginn oder später erstmals diagnostiziert (siehe auch Ziffer 3, Absatz 1).

Der Nachweis über den Eintritt der Krebserkrankung und die Notwendigkeit einer krebsbedingten Operation ist von Ihnen mittels eines ärztlichen Berichtes unter Beifügung der Laborbefunde zu führen.

Als Verlust der Brust im Sinne dieser Bestimmung gilt mindestens die komplette operative Entfernung der Brustdrüse.

2 Art und Höhe der Leistung:

Beim Vorliegen der Voraussetzungen nach Ziffer 1 leisten wir die im Versicherungsschein genannte Versicherungssumme. Diese gilt auch als Höchstleistung bei mehrfachen Organverlust nach Ziffer 1.

Haben Gebrechen oder andere Krankheiten an dem Verlust von Körperteilen nach Ziffer 1 mit mindestens 25 % mitgewirkt, mindert sich die Leistung um den Mitwirkungsanteil.

Die im Versicherungsschein genannte Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die zu Ziffer 1 maßgebliche Krebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.
- Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ zeigen (einschließlich Gebärmutterhalskrebs CIN-1, CIN-2 und CIN-3), oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

4 Erlöschen des Leistungsanspruches:

Ihr Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn Sie diesen nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Verlust eines in Ziffer 1 genannten Körperteils geltend machen.

UN 4034 – Besondere Bedingungen für erweiterten Versicherungsschutz des gestaffelten Haushaltshilfegeldes bei frauentypischen Krebserkrankungen

- 1 Abweichend von Ziffer 1 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung des gestaffelten Haushaltshilfegeldes (UN 4017) leisten wir auch dann, wenn sich die versicherte Person während der Vertragslaufzeit aufgrund einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten in medizinisch notwendiger, vollstationärer Krankenhausbehandlung befunden, oder sich ambulanten Operationen unterzogen hat:

- Brustkrebs, sofern bei der Behandlung die Entfernung mindestens der kompletten Brustdrüse erfolgt
- Gebärmutterkrebs, sofern bei der Behandlung die Entfernung der Gebärmutter erfolgt
- Eierstockkrebs, sofern bei der Behandlung die Entfernung beider Eierstöcke erfolgt

Die Krebserkrankung, die eine der vorgenannten Behandlungen erforderlich macht, muss erstmals während der Laufzeit des Vertrags aufgetreten sein.

Krebs im Sinn dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

Bei mehreren vollstationären Krankenhausaufenthalten wegen derselben Krebserkrankung oder bei einem Krankenhausaufenthalt bei dem gleichzeitig mehrere der vorgenannten Krebserkrankungen behandelt werden, ist die Gesamtanzahl der Tage, welche sich aus den einzelnen Aufenthalten für die vollstationäre Heilbehandlung ergibt, maßgebend.

- 2 In folgenden Fällen ist eine Leistung ausgeschlossen:

- Fälle, bei denen die zu Ziffer 1 maßgebliche Krebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.
- Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ zeigen (einschließlich Gebärmutterhalskrebs CIN-1, CIN-2 und CIN-3), oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

UN 4035 – Besondere Bedingungen für Versicherungsschutz der Kosten kosmetischer Operationen bei kosmetischen oder plastischen Brustoperationen infolge Brustkrebs

Ergänzend zu Ziffer 1 und 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen erbringen wir Ersatz für Kosten unter den nachfolgend näher bezeichneten Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker. Krebs

im Sinn dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

2 Art und Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind.

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

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.
- Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ zeigen oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

UN 4036 – Besondere Bedingungen für die Versicherung unfallbedingter Fehlgeburt oder Neugeborenenverlust

Ergänzend zu Ziffer 1 und 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) erbringen wir eine Leistung unter den nachfolgend näher bezeichneten Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat innerhalb einer während der Wirksamkeit des Vertrages eingetretenen und durch Mutterpass nachgewiesenen Schwangerschaft nach der 16. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten oder das lebend geborene Kind stirbt innerhalb von 10 Tagen nach dem Unfall. Die Fehlgeburt wurde durch einen Unfall gemäß Ziffer 1 AUB ausgelöst

2 Höhe der Leistung:

Beim Vorliegen der Voraussetzungen nach Ziffer 1 zahlen wir die im Versicherungsschein genannte Versicherungssumme.

UN 4038 – Besondere Bedingungen für die Leistung bei Raubüberfall oder

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen erbringen wir eine Leistung, wenn die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme geworden ist.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person benötigt unmittelbar nach dem

Raubüberfall oder der Geiselnahme wegen dieser Ereignisse aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Hilfe.

2 Art und Höhe der Leistung:

Wir ersetzen die nachweislich entstandenen Kosten für eine psychologische Behandlung maximal bis zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme. Sofern für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozial- oder andere Privatversicherung) leistungspflichtig ist, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

UN 4039 – 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 öffentlichrechtlich 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 den im Versicherungsschein oder Nachträgen genannten Betrag begrenzt.

Sollte im Schadenfall ein Dritter (z. B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig sein oder wenn eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit Sie aus anderen Versicherungsverträgen Entschädigung beanspruchen können, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie uns den Schaden, werden wir im Rahmen dieser Bedingung in Vorleistung treten.

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

UN 4040 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfeleistung bei Schwerverletzungen

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen

Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir bei Schwerverletzungen nach folgenden Bedingungen:

Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Hilfeleistung bei folgenden schweren Verletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes
- c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- d) Erblindung auf beiden Augen
- e) Kombination von mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen verschiedener Körperregionen):
 - gewebeerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm- (Elle und Speiche), Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens (Schien- und Wadenbein)
 - Wirbelkörperbruch
 - Beckenringbruch

Die Hilfeleistung bei Schwerverletzungen ist innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

UN 4338 – Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) 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:**
 - 2.1 Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
 - 2.2 Wir leisten nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

UN 4665 – 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.

UN 4666 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziffer 5.2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und sofern vereinbart der „UN 4665 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe“ 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.

UN 4672 – Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

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

UN 4700 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von stationären Wahlleistungen bei Unfall

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leisten wir für zusätzliche stationäre Behandlungs- und Unterbringungskosten nach folgenden Bedingungen:

- 1 Voraussetzungen für die Leistung:**
 - 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 Krankenhaus-Tagegeld 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 unserer Leistungsverpflichtung erst dann nachkommen, wenn die von Ihnen 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 Zunahme der behandelten Person, Bezeichnung der Verletzung, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspflegesatz, die Pflegeklasse und den für Selbstzahler offiziellen Pflegesatz des aufgesuchten 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.

UN 4800 – 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 für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

UN 4802 – Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten

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 zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, 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 zur vereinbarten Versicherungssumme von uns erstattet.

UN 4830 – Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Abweichend von Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen unterbleibt die Minderung des Invaliditätsgrades oder der Leistung, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als der im Versicherungsschein genannte %-Satz beträgt.

UN 4860 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gesundheitsschäden durch Röntgen- oder Laserstrahlen

Abweichend zu Ziffer 5.2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen besteht

Versicherungsschutz auch bei Gesundheitsschäden, die die versicherte Person durch Röntgen- oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen erleidet.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind dabei aber Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Gesundheitsschäden durch sonstige Strahlen.

UN 4030 – Besondere Bedingungen für Unfallhilfe Plus (Unfallhilfeleistungen + Unfallassistent)

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) leisten wir durch von uns beauftragte Dienstleister Assistance Leistungen nach folgenden Bedingungen:

1 Art der Leistung:

1.1 Unfallhilfeleistungen

Wir erbringen Unfallhilfeleistungen, wenn die versicherte oder eine leistungsberechtigte Person zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt.

Die Unfallhilfeleistungen werden durch von uns ausgewählte und beauftragte Dienstleister erbracht. Sie gehen durch die Beauftragung keine vertraglichen Verpflichtungen mit dem ausgewählten Dienstleister ein. Die Kosten für den Dienstleister werden entsprechend dieser Bedingungen von uns getragen.

1.2 Unfallassistent

Unser Unfallassistent hilft nach einem Unfall auf Basis der individuellen Bedürfnisse der versicherten Person bei ihrer Rehabilitation und der notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich sowie im vereinbarten Umfang auch den sonstigen leistungsberechtigten Personen.

In Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern werden

Maßnahmen geplant und umgesetzt.
Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Unfallassistenten kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern.
Er berät auch bei Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen auf Basis der Leistungen aus der Unfallversicherung und Leistungen anderer Stellen (z.B. Sozialversicherungsträger und Behörden). Die Entscheidung über die Verwendung der Leistungen trifft aber ausschließlich der Versicherte.
Rechtsberatung oder -vertretung wird in keinem Falle geleistet.

2 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1 Hilfebedarf nach einem Unfall:
Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 und 1.4 AUB bzw. den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung erlitten und hierdurch entsteht im Haushalt der versicherten Person ein konkreter Hilfebedarf. Ein solcher Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person
- sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet oder
 - zu Hause nicht in der Lage ist, die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens ganz oder teilweise zu erledigen.
- Für die Unfallhilfeleistungen gilt zusätzlich: Diese werden ausschließlich am Ort des inländischen Haushaltes erbracht.
Der konkrete Hilfebedarf ist in einem Gespräch durch uns oder einen von uns beauftragten Dienstleister telefonisch oder durch einen Besuch vor Ort festgestellt worden.
Haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person bei der durch den Unfall verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AUB unsere Hilfeleistung bzw. Leistungen aus dem Unfallassistenten nicht ein.
Liegt ein Ausschluss des Versicherungsschutzes nach Ziffer 5 AUB vor, können wir jedoch keine Hilfeleistung erbringen.
- 2.2 Leistungsort:
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, unabhängig davon, wo sich der Versicherungsfall ereignet hat. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.
- 2.3 Leistungsumfang:
- 2.3.1 Unfallhilfeleistungen
Wir erbringen bei einer Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person oder einer sonstigen leistungsberechtigten Person ausschließlich Sach- und Dienstleistungen gemäß Ziff. 5. Für die von uns beauftragten Dienstleister übernehmen wir die Kosten entsprechend den vorliegenden Bedingungen. Die Auswahl der qualifizierten Dienstleister erfolgt durch uns.
Die Kostenübernahme von Hilfeleistungen, die nicht durch uns beauftragt wurden (z. B. im Rahmen der Familien- oder Nachbarschaftshilfe), ist nur möglich, wenn diese vor der Leistungserbringung mit uns abgestimmt wurden. Für die Ausführungen, die Sie

oder eine leistungsberechtigte Person selbst organisieren, übernehmen wir keine Haftung. Bei den Leistungen Grundpflege (Ziff. 5.5), Verhinderungspflege (Ziff. 5.6), Pflegebedürftige Angehörige (Ziff. 5.7) und Tag- und Nachtwache (Ziff. 5.9) ist die Eigenorganisation ausgeschlossen.

2.3.2 Unfallassistent

Im Schadenfall ermitteln wir den konkreten unfallbedingten Bedarf der versicherten Person oder einer sonstigen leistungsberechtigten Person für die einzelnen Leistungen des Unfallassistenten (siehe hierzu Ziff. 6), unterstützen Sie diese durch Informationen und weisen einen oder mehrere entsprechende Leistungserbringer nach, deren Einschaltung wir dann auch organisieren.
Die letztendliche Auswahl und Beauftragung der Leistungserbringer obliegt ausschließlich der versicherten oder leistungsberechtigten Person.
Neben der kostenlosen Unterstützung durch den Unfallassistenten übernehmen wir Kosten bis zu maximal EUR 1.000 pro Kalenderjahr, wenn sich diese Kosten im direkten Zusammenhang mit der organisierten Leistungserbringung gemäß Ziff. 5 ergeben. Alle Kosten für Dienstleistungen die darüber hinausgehen, werden von uns nicht erstattet.
Die Kostenübernahme von Leistungen aus dem Unfallassistenten, die Sie selber organisieren, ist nur möglich, wenn diese vor der Leistungserbringung mit uns abgestimmt wurden.

3 Leistungsdauer:

- 3.1 Unfallhilfeleistungen
Die Leistungen werden, sofern in Ziffer 5 nicht anders vereinbart, für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate vom Unfalltag an gerechnet.
Der Anspruch entsteht nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB).
Für die Leistungen Haushaltsservice (Ziffer 5.1), Haustierunterbringung (Ziffer 5.4), Pflegebedürftige Angehörige (Ziffer 5.7) und Kinderbetreuung im Notfall (Ziffer 5.11) und Betreuungsleistungen und Fahrdienste für Kinder (Ziffer 5.13) entsteht der Anspruch bereits mit Eintritt des Unfalls bzw. mit Eintritt der Hilfsbedürftigkeit.
Die Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament (Ziffer 5.12) und die Informations- und Organisationsdienstleistungen (Ziffer 5.14) werden einmalig für die versicherte Person erbracht. Für diese Leistungen muss kein Unfall vorliegen.
Verstirbt die versicherte Person während der Leistungsdauer, endet der Versicherungsschutz auch für die leistungsberechtigten Personen.
- 3.1 Unfallassistent
Die Leistungen gemäß Ziffer 6 werden auf Basis der individuellen Bedürfnisse der versicherten Person für einen Zeitraum von 3 Jahren für Erwachsene und 5 Jahren für Kinder, gerechnet vom Unfalltag an, innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Rehabilitation und den notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich erbracht. Die Leistungen werden analog im vereinbarten Umfang auch für die sonstigen leistungsberechtigten Personen erbracht.
Verstirbt die versicherte Person während der Leistungsdauer, endet der Versicherungsschutz für alle leistungsberechtigten Personen.

4 Begriffsbestimmungen und Erläuterungen:

- 4.1 Versicherte Person
ist die im Versicherungsschein genannte Person.
- 4.2 Leistungsberechtigte Personen
sind im Rahmen der vereinbarten Leistung Unfallhilfe und Unfallassistent abweichend von Ziffer 13.1 AUB ausschließlich die versicherte Person und in deren Haushalt lebende Familienmitglieder, die die versicherte Person im Inland üblicherweise versorgt (keine Wohngemeinschaft). Dazu zählen Ehe- oder Lebenspartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Kinder- und/oder Enkelkinder.
Falls eine versicherte Person verunfallt, welche das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind deren im Haushalt lebende Familienmitglieder leistungsberechtigt, die das Kind üblicherweise versorgen und durch die Unfallpflege in der Haushaltsführung ausfallen.
- 4.2.1 Ehe- oder Lebenspartner
ist jeweils die Person, die in einer - nicht notwendig ehelichen oder eingetragenen - eheähnlichen, dauerhaften, ausschließlichen Lebensgemeinschaft, die zu wechselseitiger Fürsorge und Unterstützung sowie zur gemeinsamen Lebensgestaltung verpflichtet, in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebt.
- 4.2.2 Leistungsberechtigtes Kind für die Kinderbetreuung im Notfall (Ziffer 5.11) ist jedes im Haushalt der versicherten Person lebende Kind, welches das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Leistungsauslöser ist in allen Fällen der Unfall der versicherten Person.

5 Versicherte Unfallhilfeleistungen

Wir leisten im Schadenfall die nachfolgend aufgeführten Hilfeleistungen. Diese bestehen in der Organisation und Durchführung der nachfolgend aufgeführten Leistungen durch die von uns beauftragten Dienstleister. Die dafür anfallenden Kosten übernehmen wir.
Der Umfang der Leistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und der im Haushalt lebenden leistungsberechtigten Personen (Ziffer 4.2). Der Bedarf wird von uns bzw. dem von uns beauftragten Dienstleister, einem anerkannten Sozialdienst, ermittelt.

- 5.1 Haushaltsservice
Dieser Service umfasst die Organisation, Durchführung und Kostenübernahme der im Folgenden genannten Leistungen.
Die Kosten für die eingekauften Waren oder Leistungen oder eine professionelle chemische Reinigung der Wäsche werden von uns nicht erstattet.
- 5.1.1 Menüservice
Der Menüservice beinhaltet die Anlieferung von sieben Hauptmahlzeiten pro Woche für die leistungsberechtigten Personen nach vorheriger freier Auswahl aus dem Menüsortiment. Je nach regionaler Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche Anlieferung von warmen Essen oder eine wöchentliche Anlieferung tiefgekühlt für sieben Tage.
- 5.1.2 Einkaufsdienst
Bis zu zweimal wöchentlich (jeweils mindestens 2 Stunden) werden Einkäufe für die leistungsberechtigten Personen durchgeführt. Dazu zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen,
- die Arzneimittelbeschaffung,
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Güter,
- die Hinweise zur Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
- der Hin- und Rücktransport der Wäsche zur Reinigung.

- 5.1.3 Versorgung der Wäsche
Einmal wöchentlich (mindestens 2 Stunden) werden Kleidung und Wäsche der leistungsberechtigten Personen gewaschen und gepflegt. Dazu zählen
- Waschen, sofern eine Waschmaschine im Haus der versicherten Person vorhanden ist,
 - Trocknen,
 - Bügeln,
 - Ausbessern,
 - Sortieren und Einräumen sowie
 - Schuhpflege.
- 5.1.4 Reinigung der Wohnung
Einmal wöchentlich (mindestens 2 Stunden) wird der Wohnraum der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Dazu zählt die Reinigung der üblicherweise bewohnten bzw. benutzten Zimmer wie beispielhaft
- Wohnzimmer,
 - Badezimmer einschließlich Toilette,
 - Küche (einschließlich Abfalltrennung und Entsorgung)
 - Kinderzimmer,
 - Gästezimmer,
 - Ankleidezimmer.

Nicht Gegenstand dieser Leistung ist die Grundreinigung des Wohnraumes sowie die Reinigung von nicht zum unmittelbaren Wohnbereich gehörenden Räumlichkeiten, insbesondere Keller, Speicher, Garage, Gartenlaube.

- 5.1.5 Pflanzenpflege
Mit der Reinigung der Wohnung (Ziffer 5.1.4) werden bei Bedarf auch die im Wohnraum sowie (auf Balkon oder Terrasse) befindlichen Pflanzen gegossen.
- 5.1.6 Reinigung des Treppenhauses und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern
Sofern erforderlich, organisieren wir die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Treppenhaus, Waschraum etc.) sowie des Treppenhauses bei Gemeinschaftseigentum oder des gemieteten Wohnraums, soweit die versicherte Person oder eine sonstige leistungsberechtigte Person hierzu verpflichtet ist.
- 5.1.7 Grundstückspflege
Der Jahreszeit entsprechend organisieren wir die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Grundstückspflege am Wohnsitz der versicherten Person. Zur Grundstückspflege zählen
- Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen,

	<ul style="list-style-type: none">– Mähen des Rasens,– Gehwegpflege nach Laubfall,– Winter- und Streudienst.	erhalten, endet unsere Leistung – abweichend von Ziffer 3 - einen Monat nach dem Unfall der versicherten Person. Werden für die zu pflegende Person Sachleistungen (Pflegedienste) von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht, leisten wir, sofern über die gesetzlichen Leistungen hinaus vorübergehend Bedarf besteht.
5.2	Begleitung zu Arzt und Behördengängen An bis zu sieben Tagen in der Woche wird die versicherte Person zum Arzt und/oder Behörden begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die Begleitung beinhaltet, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch den von uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person beim z.B. Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc. Eine fachlich, inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.	5.8 Pfleges Schulung für Angehörige Wird die versicherte Person aufgrund eines Unfalles pflegebedürftig, kann eine mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebende Person an einer Pflegeschulung teilnehmen. Wir organisieren einmalig die Teilnahme an einer Schulung und übernehmen die Kosten.
5.3	Fahrdienst zur Krankengymnastik und Therapien An bis zu sieben Tagen in der Woche wird für die versicherte Person ein Fahrdienst zur Krankengymnastik und/oder zu medizinisch indizierten Therapien organisiert und die hierfür anfallenden Kosten werden übernommen.	5.9 Tag- und Nachtwache Kehrt die versicherte Person nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt (nicht Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation) oder einer unfallbedingten ambulanten Operation an ihren Wohnsitz zurück und muss aus medizinischen Gründen weiter beaufsichtigt werden, organisieren wir eine Tag- und Nachtwache und übernehmen die Kosten. Den Bedarf an einer Tag- und Nachtwache weisen Sie durch ein ärztliches Attest nach. Bei einer Selbstentlassung besteht der Leistungsanspruch nicht. Die Leistung wird einmal je Schadenfall erbracht und erfolgt für die ersten 48 Stunden nach Rückkehr aus dem Krankenhaus.
5.4	Haustierunterbringung Für die Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung organisiert und die hierbei anfallenden Kosten übernommen. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungsperson, Tierarzt, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen werden von uns nicht erstattet.	5.10 Installation einer Hausnotrufanlage Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst. Die versicherte Person hat Anspruch auf die Grundausstattung der Hausnotrufanlage. Die Kosten für die Erstinstallation und den Betrieb der Anlage werden für den Zeitraum der Leistungsdauer (Ziffer 3) übernommen. Darüber hinausgehende Wartungskosten und Gebühren oder ggf. weitere anfallende Kosten müssen von der versicherten Person übernommen werden.
5.5	Grundpflege An bis zu sieben Tagen in der Woche, täglich mindestens 45 Minuten, wird eine Grundpflege der versicherten Person organisiert. Diese umfasst pflegende Tätigkeiten wie z. B. Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Haut- und Haarpflege, An- und Auskleiden sowie die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Die hierfür anfallenden Betreuungskosten werden übernommen.	5.11 Kinderbetreuung im Notfall Sollte aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von bis zu 48 Stunden organisiert und die Kosten für diesen Zeitraum übernommen. Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr, z. B. <ul style="list-style-type: none">– Wegbegleitung,– Hausaufgabenbetreuung,– Zubereiten der Mahlzeiten,– Betreuung in der Freizeit und– zu Bett bringen. Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person. Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.
5.6	Verhinderungspflege Ist die versicherte Person aufgrund des Unfalls nicht mehr in der Lage, eine im Haushalt lebende pflegebedürftige Person zu betreuen, organisieren wir einmalig je Schadenfall eine Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege. Die Kosten hierfür werden von der Pflegeversicherung übernommen.	5.12 Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament
5.7	Pflegebedürftige Angehörige Pflegt die versicherte Person eine mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebende Person (siehe Ziffer 4) und ist die versicherte Person nach einem versicherten Unfallereignis selber nicht mehr in der Lage, die Betreuung fortzusetzen, organisieren wir die Pflegeleistung (siehe Grundpflege) und tragen die Kosten. Voraussetzung für die Leistung: <ul style="list-style-type: none">– Für die zu pflegende Person wurde bereits vor dem Versicherungsfall eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt;– Die Person wurde in der Wohnung der versicherten Person betreut;– Eine andere im Haushalt lebende Person kann die häusliche Pflege nicht übernehmen. Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall bereits ein Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	

Für die Ausgestaltung einer individuellen Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht und eines Testaments sowie für allgemeine Informationen rund um diese Themen übernehmen wir für die versicherte Person einmal die Kosten eines telefonischen Erstberatungsgespräches mit einem durch uns beauftragten Rechtsanwalt. Die Kosten für jede weitere über dieses Erstberatungsgespräch hinausgehende Beratung werden von uns nicht erstattet. Auf Wunsch kann der Kontakt zu einem Rechtsanwalt vor Ort hergestellt werden.

- 5.13 **Betreuungsleistungen und Fahrdienste für Kinder**
Wir organisieren und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist. Die Leistung erfolgt in einem Zeitraum von bis zu vier Wochen bis zu 10 Stunden am Tag.
Wir organisieren und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für Fahrdienste der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zur Schule, zu Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist. Die Fahrtkosten übernehmen wir bis 100 km je Fahrt (Hin- und Rückfahrt) bis vier Wochen.

5.14 **Informations- und Organisationsdienstleistungen**

- 5.14.1 **Organisation einer Patientenverfügung**
Zusendung des Formulars „Patientenverfügung“ an Sie oder Ihre Angehörigen.

- 5.14.2 **Organisation einer Vorsorgevollmacht**
Zusendung des Formulars „Vorsorgevollmacht“ an Sie oder Ihre Angehörigen.

- 5.14.3 **24h Pflegeplatzgarantie**
Wir garantieren bei Bedarf eine Unterbringung der versicherten Person oder einer in deren Haushalt lebenden Person in einer stationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.
Anschließend unterstützen wir Sie, falls erforderlich, bei der Suche nach einem langfristig gewünschten und geeigneten Pflegeplatz.

- 5.14.4 **Information zu Ernährung und Sportvereinen.**

6 Versicherte Leistungen des Unfallassistenten

Die Aufgaben des Unfallassistenten umfassen folgende Unterstützungsleistung:

- 6.1 **Informationsdienstleistungen**
Im Falle eines Unfalls unterstützen wir die versicherte Person oder eine sonstige leistungsberechtigte Person mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Angaben zur Erreichbarkeit von
- Rehabilitationsberatern,
 - Behindertentransport-Möglichkeiten,
 - Selbsthilfegruppen,
 - Behindertengerechtes Bauen / Umbauen von Wohnung und KFZ,
 - Verbänden und Institutionen,
 - Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen),

- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim, oder von /an den eigenen Wohnsitz,
- praktischen Ärzten in Wohnnähe,
- Fachärzten,
- Gartenhelfern,
- Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern,
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause).

6.2 **Medizinische Rehabilitation**

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir die versicherte Person mit:

- Feststellung des individuellen medizinischen/pflegerischen Bedarfes,
- Hilfe bei der Organisation eines stationären Aufenthaltes,
- Hilfe bei der Organisation einer Rehamaßnahme,
- Benennung einer psychologischen Betreuung,
- Organisation des Transportes zu stationärer Behandlung oder ambulanter Rehabilitation,
- Bei Bedarf Organisation der Einholung ärztlicher Zweitmeinung durch Benennung eines Arztes/Gutachters,
- Unterstützung bei der Organisation von Heil- und Hilfsmitteln,
- Organisation eines Begleitservice zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim.

6.3 **Berufliche Rehabilitation**

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir die versicherte Person bei der Vermittlung von Kontakten zu geeigneten Personal- und Berufsberatern bei:

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann.
- der Arbeitsplatzsicherung durch Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten.
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern sowie Schulen nach Analyse vom Personalberater.
- der geeigneten Arbeitsplatzsuche.

- 6.3.1 Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

- 6.3.2 Unter bisherige Lebensstellung ist in finanzieller und sozialer Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen,

die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

- 6.3.3 Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter inne hat.
- 6.3.4 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.
- 6.4 Rehabilitation eines Kindes
Im Falle eines Unfalls unterstützen wir die versicherte Person oder eine sonstige leistungsberechtigte Person mit dem Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:
- Spezialisierten Kindergärten,
 - Spezialisierten Schulen,
 - Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,
 - Organisation von Elternbegleitung,
 - Nachhilfe zu Hause,
 - Tagesmüttern,
 - Kinderkrankenschwestern.
- 6.5 Soziales Umfeld
Im Falle eines Unfalls unterstützen wir die versicherte Person oder eine sonstige leistungsberechtigte Person mit dem Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:
- Rehabilitationsberatern
 - Verbänden
 - Institutionen
 - Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen (Beispiele siehe Ziffer 6.1)
 - Behörden
 - Therapieberatern und Therapiezentren
 - Psychologen, psychologischen Zentren
 - Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
 - Transportunternehmen und Organisation von Transporten nach Bedarf und Anforderung (max. 3 Angebote je Anfrage)
 - Umbau der Wohnung/KFZ: Organisation der Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten Spezialisierten Unternehmen wie z. B. Architekten, Baufirmen, Werkstätten,
 - Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
 - Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen durch allgemeine Informationen oder den Nachweis von Beratern.

7 Obliegenheiten nach einem Leistungsfall

- 7.1 Um nach einem Unfall den konkreten Hilfebedarf feststellen zu können, muss die versicherte Person bei dem Erstgespräch umfassend und wahrheitsgemäß über ihren Gesundheitszustand informieren. Ebenso sind Änderungen des Gesundheitszustandes während der Leistungserbringung unmittelbar anzuzeigen.
- 7.2 Entsteht mit dem Unfall eine Hilfsbedürftigkeit, die voraussichtlich einer Pflegestufe bzw. einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) entspricht, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich eine Leistung beantragen.
- 7.3 Die Anerkennung oder Ablehnung von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8 Abtretung von Ansprüchen

Sollte im Leistungsfall ein Dritter (z. B. Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig sein, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Das Gleiche gilt, wenn eine Leistung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann. Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht bestreitet, treten wir im bedingungsgemäßen Umfang in Vorleistung. In diesem Fall sind uns bzw. den von uns beauftragten Dienstleistern die aus der Vorleistung entstehenden Ansprüche abzutreten.

Deckungsumfang

Grundlage sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2016). Sie haben die Wahl zwischen den Tarifen KomfortPlus-Schutz und Basis-Schutz.

Den Deckungsumfang und eine Übersicht welche weiteren Besonderen Bedingungen und Klauseln für den von Ihnen gewählten Tarif gelten, finden Sie detailliert in der nachfolgenden Aufstellung

Versicherungsschutz	Gemäß Besonderen Bedingungen oder AUB 2016	KomfortPlus-Schutz	Basis-Schutz
Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente	UN 4002	versichert	–
Versicherung gegen außerberufliche Unfälle für Vollzeitbeschäftigte (Freizeitdeckung)	UN 4004	zuwählbar	zuwählbar
Gestaffeltes Schmerzensgeld bei Knochenbruch/Bänderriss	UN 4005	zuwählbar	–
Progressive Invaliditätsstaffel 540 %	UN 4006	versichert Alternativ progressive Invaliditätsstaffel 1000%	versichert Alternativ progressive Invaliditätsstaffel 1000%
Progressive Invaliditätsstaffel 1000 %	UN 4007	versichert Alternativ progressive Invaliditätsstaffel 540%	versichert Alternativ progressive Invaliditätsstaffel 540%
Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit für Vollzeitbeschäftigte (Freizeitverdopplung)	UN 4008	zuwählbar	zuwählbar
Krankenhaus-Tagegeld PLUS a) Zeitfenster für Inanspruchnahmen b) Gesamtleistungsdauer für alle Krankenhausaufenthalte aufgrund desselben Unfalles	UN 4009	zuwählbar a) max. 5 Jahre b) 5 Jahre	zuwählbar a) max. 5 Jahre b) 5 Jahre
Gestaffelte Unfall-Rente ab 35 % Invalidität	UN 4010	zuwählbar	zuwählbar
Unfall-Rente ab 50 % Invalidität	UN 4011	zuwählbar	zuwählbar
Unfall-Rente mit Partner- und Waisenrente	UN 4012	zuwählbar	–
Tagegeld für Berufstätige ab 43. Tag	UN 4013	zuwählbar	zuwählbar
Gestaffelte Übergangsleistung	UN 4014	zuwählbar	zuwählbar
Verbesserte Gliedertaxe (bis 65. Lebensjahr)	UN 4015	versichert	–
Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten	UN 4016	versichert bis 50.000 € Anspruch: 2 Jahre	–
Versicherung des gestaffelten Haushaltshilfegeldes	UN 4017	versichert bis 1.000 € (nur für Erwachsene)	–
Zahlung Invalidität bei Diagnosestellung	UN 4018	versichert bis 10.000 €	–
Kombiniertes Rooming-In-Geld, Schulausfallgeld und Ausbildungsausfallgeld in der Kinder-Unfallversicherung	UN 4019	je 40 € Ausbildungsausfallgeld 850 €	–
Familienvorsorge in der Unfallversicherung (bis 65. Lebensjahr)	UN 4020	versichert	–
FSME- und Borrelioseinfektion durch Zeckenbiss	UN 4021	versichert	–

Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Alkohol	UN 4022	versichert, bei Kfz bis 1,1 ‰ alle anderen Unfälle unter 2,0 ‰	–
Übernahme der Arztgebühren zur Begründung des Leistungsanspruches	UN 4023 und Ziffer 9.1	versichert in voller Höhe unbegrenzt	versichert bis max. 500 €
Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heil- und Gesundheitsfachberufen	UN 4024	versichert	–
Unfälle durch Eigenbewegung und Bauch-/ Unterleibsbrüche	UN 4025	versichert	–
Mehrleistung bei Unfällen mit Kopfverletzungen trotz Tragen eines Helmes	UN 4026	versichert	–
Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) (bis 65. Lebensjahr)	UN 4027	zuwählbar	zuwählbar
Kostenübernahme der Psychotherapie für eine versicherte Person nach schwerem Unfall eines mitversicherten Familienangehörigen	UN 4028	versichert bis 3.000 €	–
Restkostenübernahme bei Umbaumaßnahmen Wohnung und Pkw	UN 4029	versichert bis 10.000 €	–
Unfallhilfe Plus (Unfallhilfeleistungen + Unfallassistent)	UN 4030	abwählbar	–
Höchstversicherungssumme (ab 65. Lebensjahr)	UN 4031	vereinbart	vereinbart
Anpassung des Beitrags an die Schadenentwicklung	UN 4032	Jährliche Nachkalkulation; bei über 3 % kalkulatorischer Abweichung erfolgt Beitragserhöhung oder -senkung an VN	Jährliche Nachkalkulation; bei über 3 % kalkulatorischer Abweichung erfolgt Beitragserhöhung oder -senkung an VN
Frauentypische Erkrankungen: Organverlust infolge frauentypischer Krebserkrankungen	UN 4033	zuwählbar 10.000 € Anspruch: 2 Jahre	–
Frauentypische Erkrankungen: Gestaffeltes Haushaltshilfegeld bei frauentypischen Krebserkrankungen	UN 4034	zuwählbar bis 1.000 €	–
Frauentypische Erkrankungen: Kosmetische Operation plastische Brust-OP infolge Brustkrebs	UN 4035	zuwählbar bis 10.000 €	–
Frauentypische Erkrankungen: unfallbedingte Fehlgeburt und Neugeborenenverlust	UN 4036	zuwählbar 3.000 €	–
Psychologische Behandlungskosten nach Raubüberfall oder Geiselnahme	UN 4038	versichert bis 3.000 €	–
Bergungskosten	UN 4039	versichert bis 50.000 €	–
Hilfeleistung bei Schwerverletzungen	UN 4040	versichert 3.000 €	–
Kosten für unfallbedingte kosmetische Operationen ohne Zahnschäden	UN 4338	versichert bis 50.000 €	–

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe	UN 4665 und Ziffer 5.2.5	versichert	versichert für Kinder bis 9 Jahre
Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen	UN 4666	versichert	–
Unfälle durch epileptische Anfälle	UN 4672	versichert	–
Versicherung von stationären Wahlleistungen	UN 4700	zuwählbar	–
Versicherung von Unfällen bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen	UN 4800	versichert	–
Mitversicherung von Druckkammerkosten	UN 4802	versichert bis 10.000 €	–
Anrechnung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	UN 4830	ab 50%	ab 25%
Versicherung von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen	UN 4860	versichert	–
Gesundheitsschädigung durch Erfrieren sowie Ertrinken und Ersticken unter Wasser gelten als Unfall	Ziffer 1.4.2 und 1.4.4	versichert	versichert
Unfreiwilliger Entzug von Flüssigkeiten, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff gilt als Unfall	Ziffer 1.4.3	versichert	versichert
Tauchtypische Gesundheitsschäden gelten als Unfall	Ziffer 1.4.5	versichert	versichert
Gesundheitsschädigungen bei der Rettung von Menschenleben, Tieren und Sachen gelten als Unfall	Ziffer 1.4.6	versichert	versichert
Gesundheitsschädigungen durch ausströmende Dämpfe, Dünste, Gase und Staubwolken gelten als Unfall	Ziffer 1.4.7	versichert	versichert
Verlängerte Frist für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität	Ziffer 2.1.1.2	30 Monate ab Unfallzeitpunkt	30 Monate ab Unfallzeitpunkt
Krankenhaus-Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld PLUS bei ambulanten Operationen	Ziffer 2.3 und UN 4009	zuwählbar	zuwählbar
Verlängerte Frist für Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse	Ziffer 5.1.3.1	21 Tage	21 Tage
Unfälle bei inneren Unruhen/gewalttätigen Auseinandersetzungen	Ziffer 5.1.3.3	versichert	versichert
Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen	Ziffer 5.2.4	versichert	versichert
Versicherung der Folgen psychischer und nervöser Störungen nach einem Unfall	Ziffer 5.2.6	versichert	versichert
Verlängerte Frist bei Unfalltod einer versicherten Person	Ziffer 7.5	versichert	versichert
Todesfallleistung bei Verschollenheit nach Verschollenheitsgesetz	Ziffer 9.5	versichert	versichert
Teilkündigung	Ziffer 10.4	möglich	möglich
Kündigungsrecht bei dauerhaften Umzug ins Ausland	Ziffer 10.5	möglich	möglich
Beitragsfreistellung bei Tod Eltern	Ziffer 11.6	versichert	versichert