

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallpflege 50 PLUS (AUPB 2017) – Fassung Januar 2017

Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
- 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 4 Was müssen Sie über die Gefahrengruppen-einteilung, insbesondere die Leistungs-reduzierung bei Berufsunfällen, wissen?
- 5 Wann sind die Leistungen fällig?

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

- 6 Welche Informationen benötigen wir vor Vertrags-schluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 7 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten ?

Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 12 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
- 13 Welches Gericht ist zuständig?
- 14 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
- 15 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.

Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.
- 1.2 Versicherungsschutz besteht, soweit keine abweichende Vereinbarung getroffen ist, während der Wirksamkeit des Vertrags
- weltweit und
 - rund um die Uhr.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
 - unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Als Unfall gilt auch jeder Bruch des Oberschenkels und/oder Oberarms.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

- 2.1 Unfall-Pflegeerente
- 2.1.1 Art und Höhe der Leistung:
- 2.1.1.1 Wir zahlen die Unfall-Pflegeerente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Diese Zahlung kann nach Ziffer 2.1.2.2 und 2.1.2.3 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen) oder Ziffer 4 (Berufsunfälle) reduziert werden.

- 2.1.1.2 Die Unfall-Pflegeerente kann - auch bei mehreren Unfällen - nur einmal aus dem Vertrag verlangt werden.
- 2.1.2 Voraussetzungen für die Leistung:
- 2.1.2.1 Die versicherte Person hat durch einen Unfall nach medizinischer Beurteilung eine oder mehrere der in Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) definierten Grundfähigkeiten auf Dauer vollständig verloren. Bei der Beurteilung werden sonstige vorliegende Krankheiten, Behinderungen oder Kräfteverfall berücksichtigt.
- 2.1.2.2 Der nach Eintritt des Unfalles vorliegende dauernde Verlust der Grundfähigkeiten erreicht nach dem ausschließlichen geltenden Punktesystem gemäß Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle)
- einen Wert von mindestens 100 Punkten und
 - ist zu mindestens 25 % auf den erlittenen Unfall zurückzuführen.
- 2.1.2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen zu mindestens 50 % mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Für einen krankheitsbedingten Oberschenkel- und/ oder Oberarmbruch (sogen. Spontanfraktur) erfolgt keine Leistungsminderung
- 2.1.2.4 Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die Einhaltung folgender Fristen:
- 12-Monatsfrist**
- Der Verlust der Grundfähigkeiten ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten.
- 15-Monatsfrist**
- Der dauernde Verlust der Grundfähigkeiten ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht worden und im Anschluss von einem von uns beauftragten medizinischen Gutachter festgestellt worden.
- 2.1.2.5 Der Anspruch entfällt, wenn er nicht innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht wird.
- 2.1.2.6 Kein Anspruch auf Unfall-Pflegeerente besteht, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2.7 Grundfähigkeitentabelle
- Für die Ermittlung der Leistung und der verloren gegangenen Grundfähigkeiten gelten ausschließlich die aufgeführten Definitionen für die jeweiligen Grundfähigkeiten und die dafür festgelegten Punktwerte.

Grundfähigkeit	Definition	Punkte
1. Grades	Beeinträchtigung der Mobilität (geistig und körperlich)	
Gebrauch der unteren Extremitäten	Die versicherte Person ist nicht in der Lage, zu stehen und zu gehen.	100
Gebrauch der oberen Extremitäten	Die versicherte Person hat die Gebrauchsfähigkeit der Arme vollständig verloren.	100
Geistige Leistungsfähigkeit	Die versicherte Person hat die Kommunikationsfähigkeit, die Grundlage für ein selbstständiges Handeln ist, vollständig verloren. Damit geht der Verlust der Geschäftsfähigkeit bzw. die Notwendigkeit einer Betreuung einher.	100
2. Grades	Beeinträchtigung der Versorgung der eigenen Person	
Aufstehen	Selbstständiges Wechseln von einer ruhenden in eine bewegende Tätigkeit (z. B. Verlassen des Bettes).	
a) bedingt möglich	Die versicherte Person kann nicht ohne Hilfe aufstehen.	30
oder b) nicht möglich	Die versicherte Person kann gar nicht aufstehen.	50
Gehen/ Fortbewegen	Fortbewegung auch mit Hilfsmitteln (z. B. Unterarmstockstützen, Gehwagen, Rollstuhl), aber ohne Hilfe (Pfleger/Angehörige).	

a) bedingt möglich	Die versicherte Person bewältigt Strecken im Wohnbereich ohne Hilfe. Alternativ: Sie bewegt sich im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl.	30
oder b) nicht möglich	Die versicherte Person kann auch mit Hilfsmitteln oder personeller Hilfe keine Strecke von mind. 50 m zurücklegen.	50
Körperpflege	Selbstständige Körperpflege. Dazu zählen Waschen, Duschen, Baden, Hautpflege, Zahnpflege, Kämmen, Haarpflege, Rasieren.	
a) bedingt möglich	Die versicherte Person ist nur mit geringer Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der Lage, sich zu waschen, kämmen, rasieren, sich die Zähne zu putzen, zu duschen oder zu baden und die Toilette / Toilettenstuhl zu benutzen (z. B. wegen des fehlenden Gleichgewichtes oder dem Umgang mit der Kleidung, den Waschutensilien oder der Benutzung des Toilettenpapiers).	20
oder b) nicht möglich	Die versicherte Person ist nicht in der Lage, sich zu waschen, kämmen, rasieren, sich die Zähne zu putzen, zu duschen oder zu baden. Die versicherte Person benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl.	50
Kleiden	Selbstständiges An- und Auskleiden in angemessener Zeit.	
a) bedingt möglich	Wenn die Utensilien in greifbarer Nähe sind, kleidet die versicherte Person mindestens ihren Oberkörper in angemessener Zeit an und aus. Anziehhilfen oder angepasste Kleidung werden verwendet.	20
oder b) nicht möglich	Die versicherte Person ist nicht in der Lage, sich selbstständig in angemessener Zeit an- und auszukleiden.	50
Essen	Selbstständige Nahrungsaufnahme. Hierzu zählen sowohl das Essen und Trinken selbst als auch vorbereitende Tätigkeiten.	
a) bedingt möglich	Es ist Hilfe bei vorbereitenden Handlungen nötig (z. B. Brot streichen, Essen zerkleinern, Getränk einschenken), die versicherte Person führt Speisen und Getränke aber selbst zum Mund und nimmt sie selbstständig ein oder die versicherte Person benötigt Hilfe bei der Ernährung über ihre Magensonde / PEG-Sonde.	20
oder b) nicht möglich	Speisen und Getränke werden von der versicherten Person nicht selbstständig bzw. nicht ohne Aufforderung zum Mund geführt oder eingenommen und sie wird nicht über eine Magensonde/PEG-Sonde ernährt.	50
Sehen	Die Restsehfähigkeit darf nicht mehr als 2/50 der normalen Sehkraft betragen.	
a) bedingt möglich	Die versicherte Person hat die Sehfähigkeit auf einem Auge verloren.	20
oder b) nicht möglich	Die versicherte Person hat die Sehfähigkeit auf beiden Augen verloren.	50
3. Grades	Beeinträchtigungen von (Sinnes-) Organen	
Hören	Die versicherte Person hat die Hörfähigkeit auf beiden Ohren weitgehend verloren und ist nicht fähig, irgend ein Geräusch wahrzunehmen.	30
Sprechen	Die versicherte Person hat die Fähigkeit sich sprachlich zu artikulieren verloren und ist nicht fähig, irgend ein verständliches Wort auszusprechen.	30
Stuhl- und/oder Harninkontinenz	Die versicherte Person hat keine Kontrolle über die Entleerung von Stuhl und/ oder Harn. Versorgung mit Inkontinenzartikeln erforderlich.	30
4. Grades	Beeinträchtigungen im häuslichen Bereich	
Waschen u. Pflege der Wäsche und Kleidung	Die versicherte Person kann Aufgaben wie Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche sowie Schuhpflege ohne fremde Hilfe nicht mehr ausführen.	20
Versorgung der Wohnung	Die versicherte Person kann das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche) ohne fremde Hilfe nicht mehr ausführen. Zum Reinigen zählen Tätigkeiten wie Staub wischen, Staub saugen, Reinigung der sanitären Anlagen und der Küchengeräte sowie das Wischen der Böden.	20
Versorgung von Angehörigen	Die versicherte Person kann der Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger, die mind. der Pflegestufe eins angehören, nicht mehr nachkommen. Zu den Familienangehörigen zählen Ehe- und Lebenspartner, Eltern und Schwiegereltern, Geschwister, Kinder und Enkelkinder.	20
5. Grades	Beeinträchtigungen im außerhäuslichen Bereich	
Einkaufen	Die versicherte Person kann eine selbstständige Nahrungsbeschaffung nicht gewährleisten. Hierzu zählen der Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen, Kenntnis des Wertes von Geldmünzen und Banknoten, Kenntnis der Genieß- bzw. Haltbarkeit von Lebensmitteln, das selbstständige Verlassen der Wohnstätte und der Transport der eingekauften Güter zur Wohnstätte.	10
Notwendigkeit der Begleitung im außerhäuslichen Bereich	Die versicherte Person ist nicht in der Lage, selbstständig behördliche Formalitäten abzuwickeln oder den behandelnden Arzt selbstständig aufzusuchen. Die versicherte Person schafft es nicht, selbstständig Termine einzuhalten, die eigene Wohnstätte	10

	zu verlassen, den Weg zum Termin zurückzulegen oder die Räumlichkeiten des Arztes/ der Behörde aufzusuchen. Die Notwendigkeit regelmäßiger fremder Hilfe bei diesen Terminen wird durch das Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis nachgewiesen.	
Reisefähigkeit	Die versicherte Person ist nicht in der Lage, selbstständig eine mehrtägige Reise zu planen, die entsprechenden Vorbereitungen – wie z. B. Zusammenstellen zweckmäßigen Reisegepäckes oder Abwicklung sonstiger Reiseformalitäten – zu treffen und die Reise selbstständig anzutreten bzw. durchzuführen.	10

2.1.2.8 Grundlage der Ermittlung ist der Verlust der Grundfähigkeiten, der spätestens 18 Monate nach Unfalleintritt besteht. Veränderungen nach diesem Zeitpunkt werden nicht berücksichtigt.

2.1.2.9 Die Ermittlung der Leistung und der verloren gegangenen Grundfähigkeiten erfolgt ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung

- des nach Eintritt des Unfalles vorliegenden gesundheitlichen Gesamtzustandes sowie
- aller verfügbaren Hilfsmittel, die einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung dienlich sind und / oder zu einer Verbesserung des Zustandes beitragen (z. B. Seh-, Hör- und Gehhilfen einschließlich Prothesen, Roll- und Krankenfahrstühle sowie Hilfsmittel zur hauswirtschaftlichen Versorgung, Körperpflege und Kommunikation).

2.1.2.10 Zur Einschätzung der Beeinträchtigung werden alle in Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) aufgeführten Grundfähigkeiten der Gradstufen 1–5 berücksichtigt. Jeder der dort aufgeführten Grundfähigkeiten ist in der Tabelle ein Punktwert zugewiesen. Dieser Punktwert ist maßgeblich für die Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen. Sind mehrere Grundfähigkeiten verloren gegangen, werden die jeweils erreichten Punktwerte addiert. Die Summe der erreichten Punkte gibt dann die Beeinträchtigung der versicherten Person wieder.

2.1.2.11 Die Begutachtung der Grundfähigkeiten wird durch einen von uns beauftragten medizinischen Gutachter (in der Regel der behandelnde Arzt) oder den sozialmedizinischen Dienst vorgenommen.

2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.1.3.1 Die Unfall-Pflegerente wird frühestens nach Ablauf eines Jahres – vom Unfalltag an gerechnet – gezahlt. Die Rentenzahlung beginnt ab dem 1. des Monats, der dem Ablauf des ersten Unfalljahres folgt, frühestens allerdings ab Feststellung des Verlustes der Grundfähigkeiten.

2.1.3.2 Die Unfall-Pflegerente zahlen wir monatlich im Voraus.

2.1.3.3 Die Unfall-Pflegerente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten gemäß Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) von mindestens 100 Punkten nach medizinischer Beurteilung nicht mehr vorliegt.

Dies gilt bis zur endgültigen Feststellung nach 18 Monaten.

2.1.3.4 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, einen Nachweis darüber anzufordern, ob die versicherte Person noch lebt (z. B. Bescheinigung des Einwohnermeldeamtes). Wenn

Sie uns diese Bescheinigung nicht unverzüglich übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.1.3.5 Bestattungsbeihilfe:

Mit dem Tod der versicherten Person während des laufenden Bezugs einer Unfall-Pflegerente erlischt der Anspruch. Wir zahlen jedoch eine einmalige Bestattungsbeihilfe in Höhe von 3 Monatsrenten.

2.2 Unfall-Sofortrente

2.2.1 Art und Höhe der Leistung:

2.2.1.1 Wir zahlen die Unfall-Sofortrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Diese Zahlung kann nach Ziffer 2.2.2.2 und 2.2.2.3 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen) und Ziffer 4 (Berufsunfälle) reduziert werden.

2.2.2 Voraussetzungen für die Leistung:

2.2.2.1 Die versicherte Person hat durch einen Unfall nach medizinischer Beurteilung eine oder mehrere der in Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) definierten Grundfähigkeiten vollständig verloren. Bei der Beurteilung werden sonstige vorliegende Krankheiten, Behinderungen oder Kräfteverfall berücksichtigt.

2.2.2.2 Der nach Eintritt des Unfalles vorliegende Verlust der Grundfähigkeiten erreicht nach dem ausschließlich geltenden Punktesystem gemäß Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle)

- einen Wert von mindestens 90 Punkten und
- ist zu mindestens 25 % auf den erlittenen Unfall zurückzuführen.

2.2.2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen zu mindestens 50 % mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Für einen krankheitsbedingten Oberschenkel- und / oder Oberarmbruch (sogen. Spontanfraktur) erfolgt keine Leistungsminderung.

2.2.2.4 Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die Einhaltung folgender Fristen:

12-Monatsfrist

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten.

15-Monatsfrist

Der dauernde Verlust der Grundfähigkeiten ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- von Ihnen bei uns geltend gemacht worden und
- im Anschluss von einem von uns beauftragten medizinischen Gutachter festgestellt worden

2.2.2.5 Der Anspruch entfällt, wenn er nicht innerhalb dieser Frist geltend gemacht wird.

2.2.2.6 Der Anspruch entsteht

- nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB),
- frühestens jedoch nach Ablauf von 6 Wochen nach dem Unfall.

2.2.2.7 Stirbt die versicherte Person während der Anschlussheilbehandlung bzw. innerhalb von 6 Wochen nach dem Unfall, entsteht kein Anspruch auf Unfall-Sofortrente.

2.2.2.8 Für die Ermittlung der Leistung und der verloren gegangenen Grundfähigkeiten gelten die Ziffer 2.1.2.7 und 2.1.2.9 bis 2.1.2.11 entsprechend.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.2.3.1 Die Unfall-Sofortrente zahlen wir – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat – monatlich im Voraus.

2.2.3.2 Die Unfall-Sofortrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder

- wir Ihnen mitteilen, dass die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten gemäß Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) von mindestens 90 Punkten nach medizinischer Beurteilung nicht mehr vorliegt.

Die Unfall-Sofortrente zahlen wir – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat – monatlich im Voraus.

2.2.3.3 Die Unfall-Sofortrente wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt. Während des Leistungsbezuges kann die Unfall-Sofortrente – auch bei mehreren Unfällen – nur einmal aus dem Vertrag verlangt werden. Grundlage für die Bemessung ist der jeweilige aktuelle Gesundheitszustand.

3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

3.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

3.1.1 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 Gelände und stürzt ab.

3.1.1.1 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.

3.1.1.2 Ausnahme:

Versichert bleiben Unfälle als unmittelbare Folge

- eines Herzinfarktes,
- eines Schlaganfalls,
- einer Fehleinnahme ärztlich verordneter Medikamente.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

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

3.1.3.1 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.

3.1.3.2 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.

3.1.3.3 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.

3.1.4 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.

3.1.5 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.

3.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

3.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

3.2.1 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.
- 3.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 3.2.3 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 verursacht, 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.
- 3.2.4 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 3.2.1).
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 3.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
- 3.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Beispiele:
- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beibruch 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.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

4 Was müssen Sie über die Gefahrengruppeneinteilung, insbesondere die Leistungsreduzierung bei Berufsunfällen, wissen?

- 4.1 Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungsleistungen ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, nach dem wir die Einstufung in Form von Gefahrengruppen vornehmen. Die Einstufungskriterien werden wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in den Antragsunterlagen in

Textform erläutern.

4.2 Gefahrengruppe A:

Alle Frauen und Männer mit kaufmännischer, verwaltender, leitender oder aufsichtsführender Tätigkeit im Innen- und Außendienst sowie Künstler/innen, Politiker/innen, Schneider/innen, Laboranten/innen ohne Umgang mit ätzenden, giftigen oder explosiven Stoffen, Rechtsanwälte/innen, Optiker/innen, Reporter/innen, Studenten/innen, Uhrmacher/innen, Rentner/innen.

Gefahrengruppe B:

Alle Frauen und Männer mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder tätig im Umgang mit ätzenden, giftigen oder explosiven Stoffen sowie Berufs- und Zeitsoldaten/innen, Landwirte/innen, Tierärzte/innen, Turn-, Sport- und Tanzlehrer/innen, Berufskraftfahrer/innen, Hausmeister/innen. Übt eine Frau oder ein Mann Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und der Gefahrengruppe B aus, so wird sie/er der Gefahrengruppe B zugeordnet

- 4.3 Die errechneten Versicherungsleistungen werden zu 70 % ausbezahlt, wenn die versicherte Person zu der Gefahrengruppe B gehört.

Diese Leistungseinschränkung gilt nur für Berufsunfälle. Berufsunfälle sind solche Unfälle, die als Unfälle im Sinne des 7. Sozialgesetzbuches (SGB VII in der Fassung vom 07. 08. 1996) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.

Ausnahme:

Die versicherte Person beansprucht Leistungen aus der UnfallhilfePLUS (Unfallhilfeleistungen + Unfallasistent) der Besonderen Bedingungen UN 2038. In diesem Fall wird zu 100% geleistet.

- 4.4 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.

- 4.5 Sofern wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unserem gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz bieten, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf von einem Monat, nachdem sie diese neue, für uns nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen hat. Gleichzeitig endet die Versicherung für diese versicherte Person.

Die Beiträge, die ab dem genannten Zeitpunkt für diese versicherte Person entrichtet wurden, zahlen wir Ihnen zurück.

5 Wann sind die Leistungen fällig?

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

- 5.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – bei dem Anspruch auf Unfall-Pflegeerente innerhalb von 3 Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- Nachweis über den Verlust der Grundfähigkeiten gemäß Ziffer 2.1.2.7 (Grundfähigkeitentabelle) beim Anspruch auf Unfall-Pflegerente bzw. Unfall-Sofortrente.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

- 5.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 5.3 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.

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

6 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsabschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 6.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme in Textform stellen.

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

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

- 6.2 Rücktritt
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
- weder eine vorsätzliche,
 - noch eine grob fahrlässige
- Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

rungsschutz.

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

6.3 Kündigung

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

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

6.4 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.
Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 10.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

6.5

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

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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.
Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Um-

stände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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

6.6 Anfechtung

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

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

6.7 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 6.1. bis 6.6 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

7 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

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 Eine Entlassung bzw. Verlegung aus dem Krankenhaus teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

7.6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person

führt, ist uns dieser innerhalb von 21 Tagen 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

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

Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

9.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

9.3.1 Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir

- eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- 9.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.
- 9.3.3 Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird,; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres.
Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 9.4 Teilkündigung
- 9.4.1 Eine Kündigung nach den Ziffern 9.2.2, 9.2.3 und 9.3 können Sie oder wir auf einzelne Personen beschränken (Teilkündigung).
- 9.4.2 Machen wir von unserem Teilkündigungsrecht Gebrauch, können Sie den gesamten Versicherungsvertrag, mit Wirkung für alle weiteren versicherten Personen kündigen.
- 9.4.3 Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 9.4.4 Im Falle einer Teilkündigung verringert sich der Beitrag um den, auf die gekündigten versicherten Personen entfallenden Beitrag.
- 9.5 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland
- 9.5.1 Die Unfallversicherung gilt für Versicherungsnehmer oder versicherte Personen, die ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- 9.5.2 Verlegen Sie oder die versicherte Person ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland, können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.
- 9.5.3 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.
- 9.5.4 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.
- 9.6 Wie wirkt sich die Zahlung einer Unfall-Pflegeerente auf den Fortbestand des Vertrages aus?
- 9.6.1 Der Versicherungsschutz und mithin die Pflicht zur Beitragszahlung erlischt, sobald die versicherte Person eine Unfall-Pflegeerente bezieht.
- 9.6.2 Gleichzeitig endet der Versicherungsvertrag für diese versicherte Person. Bereits erworbene Leistungsansprüche bleiben davon unberührt.
- 9.6.3 Wir erstatten Ihnen überzahlte Beiträge.
- 9.7 Wie wirkt sich eine Pflegebedürftigkeit auf den Fortbestand des Vertrages aus?
- 9.7.1 Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
- 9.7.2 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.

- 9.7.3 Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.
- 9.7.4 Sobald eine versicherte Person im Sinne von Ziffer 9.7.1 nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 9.7.5 Wir zahlen Ihnen den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zurück.

Versicherungsbeitrag

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

- 10.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt bei
- Monatsbeiträgen einen Monat,
 - Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
 - Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
 - Jahresbeiträgen ein Jahr.
- 10.1.2 Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 10.2.1 Fälligkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.
- 10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 10.2.3 Rücktritt
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

- 10.3.2 Verzug**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.
Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 10.3.3).
- 10.3.3 Zahlungsfrist**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
 - die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
 - können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
- Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.
Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen. Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.
- 10.6 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?**
- 10.6.1 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.

- 10.6.2** 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

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

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

12 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

12.1 Gesetzliche Verjährung

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

12.2 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.

13 Welches Gericht ist zuständig?

13.1 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.

- 13.2 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 in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

14 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

- 14.1 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.
- 14.2 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.

15 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

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

UN 2021 – Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallpflege-Versicherungsbedingungen (AUPB) leisten wir eine Sofortleistung nach folgenden Bedingungen:

1 Art und Höhe der Leistung:

- 1.1 Die Sofortleistung wird als einmalige Kapitalzahlung bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 1.2 Sollte innerhalb eines Jahres an der gleichen Stelle eine Refraktur auftreten, wird die Sofortleistung nur einmal gezahlt.
- 1.3 Ziffer 4.3 (Berufsunfälle) AUPB gilt entsprechend.

2 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1 Wir zahlen die Sofortleistung bei einem Bruch des Oberschenkels und/oder Oberarms.
 - Als Oberschenkelbruch gelten alle Brüche des Oberschenkels inkl. des Schenkelhalses.
 - Als Oberarmbruch gelten alle Brüche des Oberarmknochens inkl. des Oberarmkopfes.
- 2.2 Die Verletzung muss durch ein fachärztliches Attest bestätigt werden. Der Anspruch auf die Sofortleistung muss innerhalb eines Jahres ab Diagnosestellung geltend gemacht werden.
- 2.3 Sollte die versicherte Person sterben, bevor der Anspruch auf die Sofortleistung geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.

UN 2030 – Besondere Bedingungen für die Versicherung des gestaffelten Haushaltshilfegeldes

Ergänzend zu Ziffer 2. der vereinbarten Allgemeinen Unfall Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) 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 AUPB entweder in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder die versicherte Person musste sich wegen eines solchen Unfalles einer ambulanten 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 AUPB 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.

- 2.3 Für Berufsunfälle gilt die Leistungseinschränkung gemäß Ziffer 4 AUPB entsprechend.

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 2031 – Besondere Bedingungen für die Leistung von Krankenhaus-Tagegeld

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) erbringen wir ein Krankenhaus-Tagegeld, nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hatte einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUPB und befindet sich deswegen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Erweiternd besteht Versicherungsschutz auch für Anschlussheilbehandlungen nach einem Unfall. Maßnahmen zur Rehabilitation, bei denen die Behandlung mit Kur- und Heilmitteln im Vordergrund steht, oder zur medizinischen Vorsorge sowie Aufenthalte in Kuranstalten, Sanatorien oder Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2 Art und Höhe der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 5 Jahren ab dem Tage des Unfalles je Unfallereignis.

Für die Bestimmung der Versicherungsleistung bei einem Arbeitsunfall gilt Ziffer 4 AUPB entsprechend.

UN 2032 – Besondere Bedingungen für Krankenhaus-Tagegeld PLUS

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) erbringen 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 Klausel UN 2031.

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.

Für die Bestimmung der Versicherungsleistung bei einem Arbeitsunfall gilt Ziffer 4 AUPB entsprechend.

UN 2033 – Besondere Bedingungen für die Leistung bei Raubüberfall oder Geiselnahme

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) 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 2034 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bestattungskosten in der Unfall Pflegeversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) leisten wir Ersatz für Bestattungskosten nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hatte einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUPB und ist an den Unfallfolgen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstorben.

2 Art der Leistung:

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Bestattung stehen:

- Leichenschau und Totenschein
- Sterbeurkunde
- Sarg mit Ausstattung bzw. Urne
- Einäscherung samt Aschekapsel
- Totenbekleidung
- Hygienische Versorgung des Verstorbenen
- Ankleiden und Einbetten
- Überführung, innerorts
- Aufbahrung, Trauerhallengestaltung
- Kühlzellen / Aufbahrungsraum (3 Tage)
- Trauerhallennutzung
- Grabträger
- Beisetzung
- Grab- bzw. Urnenkreuz

3 Höhe der Leistung:

Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag begrenzt. Soweit im Schadenfall ein Dritter (z.B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

Sofern die unter Ziffer 2 genannten Kosten von dem Dritten nicht vollständig übernommen werden, erstatten wir den Differenzbetrag zwischen der diesbezüglichen Leistung des Dritten und der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestreitet der Dritte seine Leistungspflicht, erstatten wir die unter Ziffer 2 genannten Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

UN 2035 – Besondere Bedingungen für die Unfall-Pflegeversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssumme 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 die Unfall-Pflegerente auf volle 5 EUR,
- für die Unfall-Sofortrente auf volle 5 EUR,

- für die Sofortleistung bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch auf volle 5 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 der Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB).
- 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.

Leistungsarten	Versicherungssummen
Unfall-Pflegerente	3.000 EUR
Unfall-Sofortrente	3.000 EUR
Sofortleistung bei Oberschenkel- und/ oder Oberarmbruch	2.000 EUR
Krankenhaus-Tagegeld	50 EUR
Krankenhaus-Tagegeld PLUS	50 EUR

- 5 Diese Vereinbarung erlischt für die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie das 80. Lebensjahr vollendet hat.

UN 2036 – Restkostenübernahme bei Umbaumaßnahmen des Wohnumfeldes und des Pkw

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Pflegeversicherungsbedingungen (AUPB) 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 AUPB 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 2037 – Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

1 Art der Leistung:

- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- 1.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2 Höhe der Leistung:

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 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 Leistungs-

pfl icht bestreitet, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. In diesem Fall sind etwaige Ansprüche gegen andere Ersatzpflichtige an uns abzutreten.

UN 4032 – Anpassung des Beitrags an die Schadenentwicklung

- 1 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.
- 2 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.
- 3 Weichen die kalkulierten Werte von denen der letzten 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.
- 4 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.
- 5 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 2038 – Besondere Bedingungen für Unfallhilfe Plus (Unfallhilfeleistungen + Unfallassistent)

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallpflege-Versicherungsbedingungen (AUPB) 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 Versorgungsvorgang vom Unfallassistenten kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligten 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 AUPB 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 2.2.2.3 AUPB unsere Hilfeleistung bzw. Leistungen aus dem Unfallassistenten nicht ein.

Liegt ein Ausschluss des Versicherungsschutzes nach

Ziffer 3 AUPB 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.

3.2 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 11.1 AUPB 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 üblicher-

weise 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,
- Mähen des Rasens,
- Gehwegpflege nach Laubfall,
- Winter- und Streudienst.

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.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.

5.7 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:

- 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 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.

5.8 Pflegeschulung 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.

5.9 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.

5.10 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.

5.11 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.

- 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.

5.12 Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament

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 Erstberatungsgesprächs 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 Auf-

enthaltes,

- 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 innehat.

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 Versicherungsbedingungen zur Unfallpflege 50 PLUS (AUPB 2017).
Den Deckungsumfang finden Sie detailliert in der nachfolgenden Aufstellung.
Sie haben die Möglichkeit einzelne entsprechend gekennzeichnete Produktkomponenten zuzuwählen.

Versicherungsschutz	Gemäß Besonderen Bedingungen oder AUPB 2017	KomfortPlus-Schutz
Unfall-Pflegerente lebenslange, monatliche Rentenleistung	Ziffer 2.1	versichert Leistungsanspruch ab 100 Punkte
Unfall-Sofortrente Leistung auch bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit bis zu einem Jahr nach dem Unfall	Ziffer 2.2	zuwählbar Leistungsanspruch ab 90 Punkten
Anrechnung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	Ziffer 2.1.2.3 und 2.2.2.3	erst ab 50 %
Mitversicherung krankheitsbedingter Oberschenkel- oder Oberarmbrüche (sog. Spontanfrakturen)	Ziffer 2.1.2.3 und 2.2.2.3	versichert
Bestattungsbeihilfe bei Tod während Pflegerentenbezug	Ziffer 2.1.3.5	versichert 3 Monatsrenten
Bestattungskosten bei Unfalltod	UN 2034	versichert bis 5.000 EUR
Versicherung von Unfällen als unmittelbare Folge eines Herzinfarktes, Schlaganfalles oder Fehleinnahme ärztlich verordneter Medikamente	Ziffer 3.1.1	versichert
Ärztliche Gebühren zur Begründung des Leistungsanspruches	Ziffer 5.3	versichert 500 EUR je Versicherungsfall
Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch 2.000 €	UN 2021	zuwählbar
Gestaffeltes Haushaltshilfegeld	UN 2030	versichert bis 1.000 €
Krankenhaus-Tagegeld	UN 2031	zuwählbar
Krankenhaus-Tagegeld PLUS	UN 2032	zuwählbar
Psychologische Behandlungskosten nach Raubüberfall oder Geiselnahme	UN 2033	versichert bis 3.000 €
Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)	UN 2035	zuwählbar
Umbaumaßnahmen von Wohnung und PKW	UN 2036	versichert bis 10.000 €
Bergungskosten	UN 2037	versichert bis 50.000 €
Unfallhilfe Plus (Unfallhilfeleistungen + Unfallassistent)	UN 2038	versichert
Anpassung des Beitrags an die Schadenentwicklung	UN 4032	vereinbart Jährliche Nachkalkulation; bei über 3 % Beitragsnacherhebung oder -rückzahlung an VN
Leistungsreduzierung bei Berufsunfällen der Gefahrengruppe B	Ziffer 4.3	70 % Auszahlung