

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen für Betriebe, Berufe und Gruppen (AUB FK) - Fassung Juli 2023

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Als Unfall gilt auch
- 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.3 Krankenhaus-Tagegeld
- 2.4 Todesfall-Leistung
- 2.5 Kosten für kosmetische Operationen
- 2.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 Was ist nicht versichert?
- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 6 Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?
- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
- 9.5 Todesfall-Leistung nach dem Verschollenheitsgesetz

Die Vertragsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Teilkündigung
- 10.5 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland
- 10.6 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag und mögliche gesonderte Kosten

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
- 12 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13.1 Fremdversicherung
- 13.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- 13.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- 14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 14.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- 14.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 14.4 Anfechtung
- 14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
- 15.1 Gesetzliche Verjährung
- 15.2 Aussetzung der Verjährung
- 16 Meinungsverschiedenheiten
- 17 Welches Gericht ist zuständig?
- 18 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 19 Welches Recht findet Anwendung?
- 20 Sanktionsklausel/Embargobestimmung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

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

- weltweit und
- rund um die Uhr

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Als Unfall gilt auch,

1.4.1 wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

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

1.4.2 eine Gesundheitsschädigung durch Erfrieren, durch Hitzschlag sowie durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

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

1.4.4 der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

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

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

1.4.7 eine Gesundheitsschädigung durch die Einwirkung ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste und Staubwolken.

Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen infolge unabwendbarer Umstände über eine Dauer von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit

- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- bei uns geltend gemacht worden.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

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

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

2.1.1.3 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3)
- zu mindestens 50% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

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

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

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

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 Krankenhaus-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung (auch Anschlussheilbehandlung), oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für

- jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.4 Todesfall-Leistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.5 Kosten für kosmetische Operationen

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber Dritten (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) oder der Dritte bestreitet seine Leistungspflicht.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- medizinisch notwendige Medikamente, Heil- und Hilfsmittel.

Der Ersatz ist insgesamt auf bis zu 25.000 EUR begrenzt.

Wir leisten nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

2.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.6.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.

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

2.6.1.2 Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber Dritten (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) oder der Dritte bestreitet seine Leistungspflicht.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten Ersatz für nachgewiesene Kosten bis zur Höhe von 30.000 EUR.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt folgendes:

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

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

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

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

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versichern können wir Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen.

Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die aufgrund einer schweren körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung entsprechend der gesetzlichen Pflegeversicherung (gemäß Sozialgesetzbuch SGB XI) mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft werden können

Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.

4.2 Sobald eine versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Wir zahlen Ihnen den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

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

5.1.3.1 Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des einundzwanzigsten Tages nach der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes über den Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

5.1.3.2 Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.3.3 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.

Beispiele:

Ein nicht unerheblicher Teil des Volkes stellt sich gegen die öffentliche Ordnung und stört diese gewalttätig.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

- 5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Fahrtveranstaltungen (Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten), bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
- 5.2.4 Infektionen.
Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- und erleidet eine allergische Körperreaktion, die durch Insektenstiche oder –bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht wird.
 - mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:
- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
 - *Angstzustände des Opfers einer Straftat*
- Versichert bleiben die Folgen einer psychischen oder nervösen Störung, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit die Störungen auf eine, durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen ist.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Ausnahme:
- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
 - für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- 6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

6.1.1 Mitteilung der Änderung

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

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

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

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

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Abweichend von Ziffer 7.1 liegt bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang der unfallbedingten Gesundheitsschädigung erkennbar wird.

7.3 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.4 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.

7.5 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.

7.6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

9.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

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

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

9.5 Todesfall-Leistung nach dem Verschollenheitsgesetz

Gilt die versicherte Person als verschollen nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes, entsteht der Anspruch auf die versicherte Todesfall-Leistung. Die Leistung wird erbracht, wenn

- die Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt,
- die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und
- uns eine amtliche Urkunde vorliegt.

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

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Jahres in Textform zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns in Textform zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Teilkündigung

10.4.1 Eine Kündigung nach den Ziffern 10.2.2, 10.2.3 und 10.3 können Sie oder wir auf einzelne versicherte Personen beschränken (Teilkündigung).

10.4.2 Machen wir von unserem Teilkündigungsrecht Gebrauch, können Sie den gesamten Versicherungsvertrag, mit Wirkung für alle weiteren versicherten Personen kündigen.

10.4.3 Wenn Sie teilweise kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns in Textform zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4.4 Im Falle einer Teilkündigung verringert sich der Beitrag um den, auf die gekündigten versicherten Personen entfallenden Beitrag.

10.5 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland

10.5.1 Die Unfallversicherung gilt für Versicherungsnehmer oder versicherte Personen, die ihren Wohn- oder Geschäftssitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

10.5.2 Verlegen Sie oder die versicherte Person ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz der dem Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts dauerhaft ins Ausland, können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.

10.5.3 Ihr Kündigungsrecht bei einem dauerhaften Umzug ins Ausland:

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

10.5.4 Ausübung der Rechte durch uns:

Kündigen wir, müssen wir die Kündigung innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von dem dauerhaften Verzug ins Ausland Kenntnis erlangen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag und mögliche gesonderte Kosten

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt bei

- Monatsbeiträgen einen Monat,
- Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

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

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

12 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

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

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

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

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

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

Weitere Bestimmungen

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

13.1 Fremdversicherung

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

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

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

13.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

14.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

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

14.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

14.2.2 Kündigung

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

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

14.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) 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 Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

14.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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 Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von 5 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.

14.4 Anfechtung

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

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

14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 14.1. bis 14.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

16 Meinungsverschiedenheiten

Wenn es einmal eine Beschwerde des Versicherungsnehmers oder Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer geben sollte, stehen dem Versicherungsnehmer derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

16.1 Beschwerdemanagement des Versicherers

Der Versicherungsnehmer kann sich jederzeit mit seinem Anliegen oder seiner Beschwerde an die Dialog Versicherung AG wenden. Die Adresse und die Telefonnummer finden sich im Begleitschreiben zum Versicherungsschein. Darüber hinaus ist eine Kontaktaufnahme auch über die Internetseite oder die E-Mailadresse des Versicherers möglich. Diese lauten derzeit:

www.dialog-versicherung.de/kontakt

E-Mail: bittebesser@dialog-versicherung.de

Sollte das Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, kann sich der Versicherungsnehmer auch an den Vorstand des Versicherers wenden. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Vorstand der
Dialog Versicherung AG,
Adenauerring 7,
81737 München

16.2 Versicherungsombudsmann

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag als Verbraucher abgeschlossen hat, und der Versicherungsnehmer mit der Entscheidung des Versicherers nicht einverstanden ist, kann der Versicherungsnehmer auch den Versicherungsombudsmann als unabhängigen und neutralen Schlichter kontaktieren. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige Schlichtungsstelle. Er überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Für Verbraucher arbeitet er kostenfrei.

Wenn der Versicherungsnehmer Verbraucher ist und diesen Vertrag online (z. B. über unsere Webseite) abgeschlossen hat, kann der Versicherungsnehmer sich mit seiner Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Die Beschwerde des Versicherungsnehmers wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

16.3 Versicherungsaufsicht

Eine Beschwerde kann auch an die für Versicherer zuständige Aufsicht gerichtet werden. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Die BaFin ist allerdings keine Schiedsstelle und ihre Entscheidung ist in einzelnen Streitfällen nicht verbindlich.

16.4 Rechtsweg

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorgenannten Beschwerdemöglichkeiten unberührt.

17 Welches Gericht ist zuständig?

17.1 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 Wohnsitzes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

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

18.1 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.

18.2 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 3 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.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20 Sanktionsklausel/Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

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

1 Versicherungen ohne Namensangabe

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

2 Versicherungen mit Namensangabe

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

3 Vertragsdauer

(Zusatz zu Ziffer 10 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen)

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

4 Begrenzung der Versicherungssummen für das Fluggastrisiko

- 4.1 Versicherungsschutz für das Fluggastrisiko gewähren wir je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:
 - EUR 1.000.000,- für den Todesfall
 - EUR 2.000.000,- für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
 - EUR 250,- für Tagegeld
 - EUR 250,- für Krankenhaus-Tagegeld/Krankenhaus-Tagegeld PLUS
 - EUR 50.000,- für Übergangsleistung
- 4.2 Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Beträge von
 - EUR 10.000.000,- für den Todesfall
 - EUR 20.000.000,- für Invalidität (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
 - EUR 2.500,- für Tagegeld
 - EUR 2.500,- für Krankenhaus-Tagegeld/Krankenhaus-Tagegeld PLUS
 - EUR 500.000,- für Übergangsleistungso gelten diese Beträge als Höchstversicherungssummen für die Personen und die Versicherungssummen jeder Person verringern sich im entsprechenden Verhältnis.
- 4.3 Bei allen anderen Unfällen gilt:
Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf EUR 10.000.000,-.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung von Vereinen und sonstigen Institutionen (auch Körperschaften, Kammern, Innungen, Genossenschaften)

Die nachfolgend unter Ziffer 1 aufgeführten Besonderen Bedingungen hinsichtlich der jeweiligen Arten von Vereinen und sonstigen Institutionen und auswärtigen Veranstaltungen gelten nur, sofern vereinbart und im Versicherungsschein ausgewiesen.

Die unter Ziffer 2 aufgeführten Regelungen gelten für alle Arten von Gruppenunfallversicherungen von Vereinen und sonstigen Institutionen.

1. Arten von Vereinen und sonstige Institutionen / Auswärtige Veranstaltungen

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

Aktive Mitglieder sind Mitglieder, die regelmäßig dazu berechtigt sind, sämtliche Angebote des Vereins/der Abteilung, dem/der sie angehören, im Rahmen der bestehenden Vereinssatzung zu nutzen und/oder am Spiel- bzw. Wettkampfbetrieb teilnehmen können.

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen nur die Unfälle, von denen die in die Versicherung einbezogenen aktiven Mitglieder (versicherte Personen) bei der (den) vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen veranstalteten oder angeordneten und beaufsichtigten, im Antrag näher bezeichneten Sportart(en), betroffen werden.

Unfälle anlässlich von Übungen in anderen als der (den) genannten Sportart(en) sind mitversichert, wenn sie als Vorbereitung für die Ausübung der genannten Sportart(en) zweckdienlich und vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen ausdrücklich angeordnet und beaufsichtigt sind.

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

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

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

Passive Mitglieder sind Personen, die nicht aktiv an Training, Wettkämpfen oder Spielbetrieb einer Abteilung oder Sparte des Vereins teilnehmen dürfen, nicht aktiv an der Erfüllung des Vereinszwecks mitwirken, den Verein dennoch durch ihre Mitgliedschaft unterstützen.

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen passiven Mitglieder (versicherte Personen) bei Vereinsversammlungen, Festlichkeiten, Festzügen und in der jeweiligen Vereinssatzung festgeschriebenen Tätigkeiten, an denen sie im Auftrage des Vereins teilnehmen und die dem Zweck des Vereins entsprechen, betroffen werden.

Unfälle bei der Ausübung jeglichen Sports sind ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen Personen (versicherte Personen) bei der Ausübung der im Versicherungsschein/Nachtrag bezeichneten Tätigkeit(en) betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der im Versicherungsschein/Nachtrag bezeichneten versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des

Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und Eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

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

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

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

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

2. Generelle Regelungen für die Gruppen-Unfallversicherung von Vereinen und sonstigen Institutionen

2.1. Direktanspruch der versicherten Personen bei Fremdversicherung

2.1.1 Abweichend von Ziffer 13.1 Satz 1 AUB kann ausschließlich die versicherte Person Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar beim Versicherer geltend machen. Die Zustimmung des Versicherungsnehmers ist hierfür nicht erforderlich. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.

2.1.2 Die versicherte Person ist nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, verpflichtet, den Versicherer zu unterrichten. Die Adresse und die Telefonnummer finden sich im Begleitschreiben zum Versicherungsschein. Darüber hinaus ist eine Schadenmeldung auch über die Internetseite des Versicherers möglich. Diese lautet derzeit: <https://www.dialog-versicherung.de/kontakt/mitteilungs-center/formular-schaden-melden-unfall>

2.2. Aufrechnung

Eine Aufrechnung durch den Versicherer gegenüber einer versicherten Person gegen eine Forderung, die aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherungsnehmer besteht (insbesondere für Beitragsrückstände des Versicherungsnehmers), ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person nachweisen kann, ihrer Zahlungsverpflichtung (soweit eine solche besteht) nachgekommen zu sein. Der § 35 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist insoweit abbedungen.

2.3. Informationspflichten des Versicherungsnehmers gegenüber den versicherten Personen

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung zu informieren und dem Versicherer auf Verlangen einen Nachweis über die Einhaltung der Informationspflichten gegenüber den versicherten Personen zu erbringen.

2.3.1. Informationspflichten bei Vertragsschluss bzw. Beginn der Mitgliedschaft

Der Versicherungsnehmer ist bei Vertragsschluss bzw. Beginn der Mitgliedschaft verpflichtet, die versicherten Personen über

- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung bestimmten Informationen (§ 7 VVG i. V. m. §§ 1 ff. VVG-InfoV),
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID),
- über den Direktanspruch der versicherten Person auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag nach Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen (Abweichung von § 44 Abs. 2 VVG),
- das fehlende Aufrechnungsrecht des Versicherers gegenüber Ansprüchen der versicherten Person nach Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingungen (Abweichung von § 35 VVG) und
- über die Zurechnung von Kenntnis und Verhalten der versicherten Personen zum Versicherungsnehmer (§ 47 VVG)

zu informieren.

2.3.2. Informationspflichten während der Vertragslaufzeit

Der Versicherungsnehmer ist während der Vertragslaufzeit verpflichtet, die versicherten Personen über solche Änderungen zu informieren, die für sie relevant sind. Die erforderlichen Informationen ergeben sich aus § 7 Abs. 3 VVG i.V.m. § 6 VVG-InfoV und betreffen insbesondere

- Änderungen der Identität und Anschrift des Versicherers beziehungsweise der zuständigen Niederlassung;
- Änderungen der wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
- Änderungen der Laufzeit und ggf. der Mindestlaufzeit des Vertrags.

2.3.3. Informationspflichten bei Kündigung des Vertrages

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, jede versicherte Person bei Kündigung des Vertrages

- über die Kündigung, insbesondere über deren Wirksamwerden;
- über die Möglichkeiten der Fortsetzung des Versicherungsschutzes durch eine Einzel-Unfallversicherung bei dem Versicherer

zu informieren.

2.4. Werbeunterlagen, Informationsdruckstücke oder sonstige Veröffentlichungen

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, über den Wortlaut aller Werbeunterlagen, Informationsdruckstücke oder sonstiger Veröffentlichungen, die sich auf den Versicherungsschutz beziehen oder ihn erwähnen, Einvernehmen mit dem Versicherer herzustellen.

2.5. Änderungsverlangen der Aufsichtsbehörde

Sollte die zuständige Aufsichtsbehörde Änderungen des Gruppen-Versicherungsvertrags verlangen, werden der Versicherungsnehmer und der Versicherer versuchen, einvernehmlich an einer Änderung mitzuwirken beziehungsweise falls ein Einvernehmen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer nicht erzielt werden kann, den Vertrag in angemessener Frist einvernehmlich zu beenden.

Besondere Bedingungen

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

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

Gesundheitsschäden durch Eingriffe am Körper

Klarstellend zu Ziffer 5.2.3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut nicht als Eingriffe am Körper im Sinne dieser Bedingungen.

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

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

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

Besondere Bedingungen für Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente

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

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

Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

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

Besondere Bedingungen für erweiterten Versicherungsschutz von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

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

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

zum Unfallzeitpunkt liegt.

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

Abweichend von Ziffer 5.2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs- Bedingungen sind Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe, sofern es sich nicht um Nahrungsmittel handelt, mitversichert.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziffer 5.2.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und sofern „Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe“ vereinbart ist, sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen versichert.

Vergiftungen durch Alkohol bleiben ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfeleistung bei Schwerverletzungen

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

Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Hilfeleistung in Höhe von 3.000 EUR bei folgenden schweren Verletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes

- c) Verbrennungen II. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- d) Erblindung auf beiden Augen
- e) Kombination von mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen verschiedener Körperregionen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm- (Elle und Speiche), Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens (Schien- und Wadenbein)
 - Wirbelkörperbruch
 - Beckenringbruch

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

Besondere Bedingungen über Eintritt und Geltendmachung der Invaliditätsleistung

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt:

Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- geltend gemacht worden.

Besondere Bedingungen für die Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

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

Diagnose	Auszahlung in % aus der vereinbarten Grundsumme für Invalidität
Oberschenkelhalsfraktur	7,00 %
Erstmalige Ruptur des natürlichen Kreuzbandes	3,50 %
Verlust der Kniescheibe	7,00 %
Kniescheibenfraktur	3,50 %
Schienbeinfraktur	3,50 %
Sprunggelenksfraktur Klassifikation	
nach Weber B	2,00 %
nach Weber C	4,00 %
Traumatische Achillessehnenruptur	2,00 %
Fersenbeinfraktur (operativ versorgt)	4,00 %
Oberarmkopffraktur (operativ versorgt)	7,00 %
Oberarmkopffraktur	3,50 %
Verschobene Radiusfraktur (operativ versorgt)	3,50 %
Radiusköpfchenfraktur	2,75 %
Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers	5,00 %
Kompressionsfraktur mehrerer Wirbelkörper	10,00 %
Verbrennungen III. Grades von mehr als 20 % der Körperfläche	5,00 %

Bei wiederholt eintretenden Rupturen desselben Kreuzbandes wird die Leistung nur einmal erbracht.
Das Recht des Versicherten, einen höheren Invaliditätsgrad durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, wird durch diese Bedingung

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

Besondere Bedingungen für Krankenhaus-Tagegeld PLUS (Genesungsgeld)

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

1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

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

Besondere Bedingungen für das Krankenhaus-Tagegeld bei einer Heilbehandlung in gemischten Instituten mit Heilbehandlung und Rehabilitation

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme zum Krankenhaus-Tagegeld Plus ausgewiesen ist.

Ergänzend zu Ziffer 2.3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird vereinbart:

Erfolgt die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch nicht

– wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt

oder

– wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist.

Besondere Bedingungen zum Tagegeld bei weiterer Beschäftigung

Ergänzend zu den Besonderen Bedingungen für die Versicherung eines Tagegeldes in der Unfallversicherung leisten wir das Tagegeld auch nach folgenden Bedingungen:

Geht die versicherte Person nach dem Unfall aus Pflichtgefühl ihrer Berufstätigkeit weiter nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Maßgeblich bleibt der objektive ärztliche Befund über den Grad der Arbeitsbeeinträchtigung.

Besondere Bedingungen für die gestaffelte Übergangsleistung

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

- 1 Sofern die versicherte Person unfallbedingt im beruflichen oder außerberuflichen Bereich, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen, zu 100 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, zahlen wir eine Übergangsleistung in Höhe von
 - 10 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Beeinträchtigung, gerechnet vom Unfalltag an, ununterbrochen länger als 6 Wochen andauert
 - 50 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Beeinträchtigung, gerechnet vom Unfalltag an, ununterbrochen länger als 3 Monate andauert. Eine zuvor bereits erbrachte Leistung aufgrund einer länger als 6 Wochen andauernden Beeinträchtigung wird hierbei angerechnet.
- 2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.
- 3 Geleistete Zahlungen aufgrund Ziffer 1 dieser Klausel werden auf die Übergangsleistung gemäß Ziffer 2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) angerechnet.
- 4 Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme je Unfall nur einmal gezahlt.

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

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

1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat

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

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen oder der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

1.2 Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2 Höhe der Leistung:

Die Reha-Beihilfe wird in Höhe von 3.000,00 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 der AUB berücksichtigt. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gesundheitsschäden durch Gesundheitsschäden durch Strahlen

Abweichend von Ziffer 5.2.2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird davon nicht berührt und gilt unverändert.

Besondere Bedingungen für die Verbesserte Gliedertaxe

- 1 Ziffer 2.1.2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt ersetzt: Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|---|-------|
| – Arm | 80 % |
| – Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 75 % |
| – Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 70 % |
| – Hand | 70 % |
| – Daumen | 28 % |
| – Zeigefinger | 20 % |
| – anderer Finger
(Bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden max. 70 % ersetzt.) | 15 % |
| – Bein über der Mitte des Oberschenkels | 80 % |
| – Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 70 % |
| – Bein bis unterhalb des Knies | 60 % |
| – Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 55 % |
| – Fuß | 50 % |
| – große Zehe | 15 % |
| – andere Zehe | 8 % |
| – Auge | 50 % |
| – Sofern das andere Auge bereits vor Eintritt des Unfalls verloren war | 70 % |
| – Gehör auf einem Ohr | 30% |
| – Sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits vor Eintritt des Unfalls verloren war | 45 % |
| – Geruchssinn | 20 % |
| – Geschmackssinn | 15 % |
| – Niere bei Erhaltung der anderen Niere | 20 % |
| – Milz | 10 % |
| – Sprechvermögen | 100 % |

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

- 2 Diese Vereinbarung erlischt für die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie in den Ruhestand beziehungsweise in Pension geht.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Kosten für Zahnersatz und Zahnbehandlung in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Zahnbehandlungs- und/oder Zahnersatzkosten für einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Zähnen nach folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1 Die Kosten werden nur erstattet, wenn neben dem Zahnverlust noch weitere Verletzungen durch den Unfall eingetreten sind.
- 1.2 Der Verlust oder Teilverlust der Zähne und die weiteren Unfallverletzungen müssen innerhalb einer Woche nach dem Unfalltag festgestellt und ärztlich bescheinigt sein.
- 1.3 Die Behandlung muss innerhalb von einem Jahr ab Unfalltag abgeschlossen sein, bei Kindern mit Vollendung des Zahn- und Kieferwachstums. Das Zahnwachstum gilt bereits dann als vollendet, wenn das Wachstum der Weisheitszähne noch nicht abgeschlossen ist.

2 Höhe der Leistung:

- 2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 25.000 EUR begrenzt. Dabei wird Ziffer 3 AUB berücksichtigt.

- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten erstattet. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, erstatten wir die gesamten Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Eine tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung der Krankenversicherung übernehmen wir nicht.
- 2.3 Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen bei der beruflichen Tätigkeit

- 1 Abweichend von Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz für Personen, die sich bei der Ausübung der im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert haben. Der Versicherungsschutz besteht, wenn aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass Krankheitserreger in den Körper gelangt sind.
 - 1.1 Die Krankheitserreger müssen dabei
 - 1.1.1 durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - 1.1.2 durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sein. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
 - 1.1.3 Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
 - 1.2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Substanzen (z. B. Bakterien, Viren, Chemikalien) allmählich zustande kommen und/oder Berufskrankheiten sind sowie Erkrankungen an AIDS und Influenza.
- 2 Voraussetzung für eine Leistung
 - 2.1 Die Invalidität ist
 - 2.1.1 erstmals während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten, sowie
 - 2.1.2 durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der AUB, innerhalb von 3 Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.
 - 2.2 Ausgeschlossen bleibt eine Leistung durch eine Infektion wegen der die versicherte Person bereits vor der Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.
- 2.3 Versicherte Leistungsarten:

Zur Leistungsberechnung werden die Versicherungssummen für Invalidität und Unfall-Rente zugrunde gelegt, die am Tag der erstmaligen schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

Ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose (Neuroborreliose).

Abweichend von Ziffer 10.1 der AUB beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht keine Leistungspflicht.

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

Der Versicherungsfall muss durch eine zeitnahe (innerhalb von 4 Wochen) erfolgte ärztliche Feststellung des Zeckenbisses und/oder der Wanderröte (Erythema chronicum migrans) dokumentiert sein (Erstdokumentation).

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen in der Unfallversicherung

- 1 Abweichend von Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz für Invalidität und Unfall-Rente bei Ausbruch einer Infektionskrankheit oder nach einer Schutzimpfung.
 - 1.1 Versicherte Infektionskrankheiten durch Insektenstiche

Versicherungsschutz besteht für die genannten Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige, von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden:

Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckenfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Pest und Tollwut.
 - 1.2 Versicherte sonstige Infektionskrankheiten

Versicherungsschutz besteht für folgende Infektionskrankheiten:

Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Typhus/Paratyphus und Wundstarrkrampf (Tetanus).
 - 1.3 Versicherte Schutzimpfungen

Versicherungsschutz besteht für einen Impfschaden nach einer Schutzimpfung gegen Infektionen durch einen in Deutschland oder durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassenen Impfstoff.

- 2 Voraussetzung für eine Leistung
 - 2.1 bei versicherten Infektionskrankheiten gemäß Ziffer 1.1. oder 1.2
 - 2.1.1 Die versicherte Person wurde infiziert und ist aufgrund dessen in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft im Sinne von Ziffer 2.1 der AUB beeinträchtigt.
 - 2.1.2 Die Invalidität ist
 - erstmals während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten, sowie
 - durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der AUB, innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.
 - 2.1.3 Ausgeschlossen bleibt eine Leistung durch eine Infektion, wegen der die versicherte Person bereits vor der Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.
 - 2.1.4. Wartezeit

Abweichend von Ziffer 10 AUB beginnt der Versicherungsschutz für Invalidität durch eine Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat nach Antragstellung. Die Wartezeit entfällt, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung für die versicherte Person bereits gleichartiger Versicherungsschutz besteht; in diesem Fall entfällt die Wartezeit jedoch nicht für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (z.B. erhöhte Versicherungssummen).
 - 2.1.5. Versicherte Leistungsarten

Zur Leistungsberechnung werden die Versicherungssummen für Invalidität und Unfall-Rente zugrunde gelegt, die am Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren.
 - 2.2. bei einem Impfschaden nach einer Schutzimpfung nach Ziffer 1.3:
 - 2.2.1 Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit durch die Schutzimpfung an der versicherten Person.
 - 2.2.2 Der Impfschaden muss
 - erstmals während der Laufzeit des Vertrages eintreten
 - und
 - entweder aufgrund einer Schutzimpfung gegen eine in Ziffer 1.1 oder Ziffer 1.2 genannte Infektionskrankheit eintreten und durch einen Arzt schriftlich festgestellt werden,
 - oder aufgrund einer Schutzimpfung gegen eine in Ziffer 1.1 oder Ziffer 1.2 nicht genannte Infektionskrankheit innerhalb von sechs Monaten nach dieser Schutzimpfung sowohl eintreten als auch durch einen Arzt schriftlich festgestellt werden,
 - und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.2 der AUB, innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.
 - 2.2.3 Versicherte Leistungsarten

Versicherungsschutz besteht für die Leistungsart Invalidität und Unfall Rente. Unserer Leistungsberechnung legen wir die Versicherungssummen für Invalidität und Unfall-Rente (soweit vereinbart) zugrunde, die am Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung des Impfschadens vereinbart waren.

Besondere Bedingungen für die Restkostenübernahme bei Umbaumaßnahmen am Arbeitsplatz der versicherten Person

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

- 1 Voraussetzungen für die Leistung:
 - 1.1 Durch einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB und die damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung werden Umbaumaßnahmen
 - 1.1.1 am Arbeitsplatz (regelmäßig genutzter Arbeitsplatz im Betrieb des Versicherungsnehmers oder der vertraglich zugesicherte Heimarbeitsplatz) der versicherte Person, oder
 - 1.1.2 an dem, vom Versicherungsnehmer bisher zur Verfügung gestellten Dienst- oder Firmenwagen oder alternativ
 - 1.1.3 Der Unfall hat zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% (Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 AUB) geführt und ein Nachweis über die medizinische Notwendigkeit der Umbaumaßnahme liegt vor.
 - 1.2 Die Umbaumaßnahmen werden innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall abgeschlossen.
- 2 Umfang und Höhe der Leistung:
 - 2.1 Wir erstatten nach einem Unfall die entstandenen Kosten für die behindertengerechte Umbaumaßnahme.

- 2.2 Vorrangig sind hierfür die Leistungen der privaten oder gesetzlichen Leistungsträger in Anspruch zu nehmen. Reicht dies zur Kostendeckung nicht aus, kann der Erstattungsanspruch wegen der restlichen Kosten bei uns geltend gemacht werden.
- 2.3 Hierzu sind nach Abschluss der Umbaumaßnahmen die jeweiligen Originalrechnungen sowie der Erstattungsbescheid der vorleistungspflichtigen Kostenträger (z. B. Sozial- oder andere Privatversicherung) einzureichen.
- 2.3 Höhe der Leistung:
- 2.3.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt begrenzt auf 10.000 EUR.
- 2.3.2 Die Leistungen gemäß Ziffer 1.1.1 und 1.1.2 erhält der Versicherungsnehmer, die Leistungen gemäß Ziffer 1.1.3 kann nur von der versicherten Person geltend gemacht werden.
- 2.3.3 Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherung mit dieser Leistung, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

Restkostenübernahme bei Umbaumaßnahmen des Wohnumfeldes und des Pkw

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

1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2 Umfang und Höhe der Leistung:

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

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

anfallen, soweit die Leistungen der vorrangig in Anspruch zu nehmenden privaten oder gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder Berufsgenossenschaft zur Kostendeckung nicht ausreichen und die Leistungspflicht einer privaten oder gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder Berufsgenossenschaft dem Grunde nach besteht.

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt begrenzt auf 10.000 EUR.

3 Auszahlung der Leistung:

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

Erweiterte Such-, Bergungs- und Transportkosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2.6 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) leisten wir Ersatz nach folgenden Bedingungen:

1 Art der Leistung:

1.1 Mehraufwand für die Rückkehr

Wir erstatten den Mehraufwand für die Rückkehr (auch Rückflug) der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 14 Tagen zahlen wir die Kosten für die Rückkehr auch, wenn dies nicht medizinisch notwendig ist.

Die Kosten für die Rückkehr werden auch ersetzt, wenn aufgrund der Verletzungen feststeht, dass mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.

1.2 Rückreisekosten mitreisender Personen

Im Falle eines ärztlich angeordneten Rücktransportes der verletzten Person werden zusätzlich angemessene Kosten für die Rückreise der im Haushalt der versicherten Person lebenden mitreisenden Familienangehörigen zu deren ständigen Wohnsitz ersetzt. Die Kosten für die Rückkehr werden in Höhe der nachgewiesenen Kosten für die Rückfahrt oder den Rückflug, sowie anfallende Übernachtungskosten bis zu 3 Nächten je Person erstattet.

1.3 Überführung der versicherten Person

Bei einem unfallbedingten Todesfall werden die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz ersetzt. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland auch die Bestattungskosten im Ausland.

1.4 Behandlung nach einem Tauchunfall der versicherten Person

Ergänzend zu Ziffer 1.4.5. der AUB sind die Kosten für eine Druckkammerbehandlung nach einer tauchunfallbedingten Dekompressionskrankheit mitversichert. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I oder Typ II

und einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig oder grob fahrlässig missachtet wurden.

Die Kostenübernahme erfolgt im Rahmen der im Versicherungsschein ausgewiesenen Gesamtleistung für Bergungskosten.

1.5 Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

2 Höhe der Leistung:

2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 75.000 EUR begrenzt.

2.2 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 Leistung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden 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.

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

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

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

Ergänzend zu Ziffer 5.1.5 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt vereinbart: Unfälle bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sind mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage).

Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer psychologischen Soforthilfe nach einem Raubüberfall

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) 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 für 10 Sitzungen oder bis zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme.

Sofern für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozial- oder andere Privatversicherung) leistungspflichtig ist, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

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

Zusatzbedingungen zur Firmengäste-Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt eine Gästeunfallversicherung in folgendem Umfang:

Für Geschäftskunden oder geschäftlich geladene Gäste des Versicherungsnehmers (nicht jedoch für Endkunden, Endverbraucher, allgemeiner Publikumsverkehr) besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die diesen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers zustoßen.

Eingeschlossen sind die Wege außerhalb dieses Bereichs und die An- und Abreise, sofern und solange die Kunden und Gäste sich in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden. Die Versicherungssummen betragen im

Todesfall 10.000 EUR

Invaliditätsfall 10.000 EUR

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen insbesondere die Zusatzleistungen sowie Mehrleistungsmodelle oder Progressionen der Invaliditätsleistung gelten nicht.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von nicht versicherten Lebensrettern

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erbringen wir eine Leistung für nicht versicherte Lebensretter in folgendem Umfang:

1 Voraussetzung für die Leistung:

Für nicht über den Vertrag versicherte Personen besteht Versicherungsschutz, sofern diese bei der Rettung einer, über diese Unfallversicherung versicherte Person, ein Unfall entsprechend Ziffer 1.3 und 1.4 AUB zustoßt.

2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungssummen betragen für den Lebensretter

im Todesfall

10.000 EUR

bei Invalidität (ohne Vereinbarung einer Progression oder Mehrleistung)

10.000 EUR

Besondere Bedingung zum Verdienstaussfall bei Selbständigen und Freiberuflern

Ergänzend zu Ziffer 7.4 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,0 % der versicherten Summe für Invalidität, höchstens jedoch 250 EUR, wenn bei Selbständigen oder Freiberuflern der Verdienstaussfall nicht konkret nachgewiesen werden kann.

Bedingungen, die nur nach Vereinbarung gelten

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

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

1. Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von

- a) mindestens 70 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung;
- b) mindestens 90 Prozent, erbringen wir die dreifache Invaliditätsleistung.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit einer Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % – Sofern vereinbart –

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Grundsumme für die Invaliditätsleistung mit einer Mehrleistung ab 90 % ausgewiesen ist.

- 1 Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) werden wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

- 2 Die Vereinbarung zur Mehrleistung erlischt für die versicherte Person mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem sie in den Ruhestand beziehungsweise in Pension geht.

Die Invaliditätsleistung für Unfälle, die sich nach diesem Zeitpunkt ereignen, wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB berechnet.

Den Vertrag führen wir zum unveränderten Beitrag fort.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% – Sofern vereinbart –

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300% – Sofern vereinbart –

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350% – Sofern vereinbart –

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 540% – Sofern vereinbart –

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Grundsumme für die Unfall-Rente ab 50 % Invalidität ausgewiesen ist.

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

1 Voraussetzungen für die Leistung der Unfall-Rente:

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 AUB gegeben. Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 AUB ermittelten und im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad geführt.

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

2 Höhe der Leistung der Unfall-Rente:

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

2.2 Eine vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel, eine Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Freizeit und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall finden auf die vorliegende Klausel UN 4011 keine Anwendung.

3 Beginn und Dauer der Leistung:

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

- 3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen aufgeführten Mindest-Invaliditätsgrad gesunken ist.
- 3.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen auf unsere Kosten anzufordern. Wenn Sie uns diese Bescheinigung trotz Aufforderung nicht innerhalb von 2 Wochen übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, es sei denn, Sie haben den nicht fristgerechten Zugang nicht zu vertreten.

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

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

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

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

Besondere Bedingungen für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und/oder Bänderrissen - Sofern vereinbart -

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

1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2 Höhe der Leistung:

Die Höhe des Schmerzensgeldes wird anhand nachstehender Tabelle ermittelt: Vollstationär behandelter Knochenbruch mit einem ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von

- mehr als 30 Tagen
100% der Versicherungssumme
- 4 bis 30 Tagen
50% der Versicherungssumme
- weniger als 4 Tagen
20% der Versicherungssumme.

Ausschließlich ambulant behandelter Knochenbruch 20% der Versicherungssumme.
Vollstationär oder ambulant behandelter vollständiger Bänderriss 20% der Versicherungssumme.

Das gestaffelte Schmerzensgeld zahlen wir einmal je Unfall.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Koma-Geldes - sofern vereinbart -

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme für diese Leistungsart ausgewiesen ist.

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erbringen wir ein Koma-Geld.

Fällt die versicherte Person durch einen Unfall in ein Koma (auch künstliches Koma), so werden für die Zeit dieses Zustandes täglich 30 EUR gezahlt, längstens jedoch für ein 365 Tage.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen mit dieser Leistung, kann diese nur aus einem der Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Gips-Geldes - sofern vereinbart -

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme für diese Leistungsart ausgewiesen ist.

Ergänzend zu Ziffer 2 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erbringen wir ein Gips-Geld.

Hat die versicherte Person infolge eines Unfallereignisses einen Gipsverband/gleichartige Kunststoffschiene/VACO-Ped aufgrund ärztlicher Anweisung länger als 10 Tage getragen, leisten wir einmalig die im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannte Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für die Kostenbeteiligung an medizinischen Hilfsmitteln - sofern vereinbart -

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme für diese Leistungsart ausgewiesen ist.

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) beteiligen wir uns an den Kosten in folgendem Umfang:

1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden nach einem Unfall Arm-, Beinprothesen, Geh- und Stützapparate oder ein Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir beteiligen uns bis zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme an den Kosten für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, die innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfallereignis ärztlich verordnet werden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Tagegeldes in der Unfallversicherung

Diese Bedingungen gelten für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme für diese Leistungsart ausgewiesen ist.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- 1.1 in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- 1.2 in ärztlicher Behandlung.

2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- 2.1 die vereinbarte Versicherungssumme und
- 2.2 der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.
- 2.3 Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich
- 2.3.1 nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- 2.3.2 nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.
- 2.4 Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

- 2.5 Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 1 Jahr ab dem Tag des Unfalls.