

Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung

UnfallProtect Max (Taxi- und Mietwagengewerbe)

Produktinformationsblatt für die Unfallversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über den von Ihnen beantragten Versicherungsschutz geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Lesen Sie deshalb die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012) sowie alle weiteren im Antrag genannten Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen.

2. Welche Risiken sind versichert?

Versichert sind Unfälle, die Ihnen und/oder einer anderen im Antrag genannten versicherten Person zustoßen.

Dies gilt für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr. Auch wenn sie den Unfall selbst verschuldet haben.

Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt vor, wenn Sie und/oder eine andere im Antrag genannte versicherte Person sich verletzen, weil Sie stolpern, ausrutschen, stürzen oder ähnliches. Auch wenn Sie oder die versicherte Person von einem Anderen verletzt werden. Keine Unfälle dagegen sind Krankheiten oder Abnutzungserscheinungen (z. B. Rückenleiden durch ständiges Sitzen). Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 1 der AUB.

Was leisten wir?

Die Unfallversicherung ist eine Summenversicherung, d. h. wir zahlen Geldleistungen. Heilbehandlungskosten übernehmen wir in aller Regel nicht. Sie sind Gegenstand der Krankenversicherung. Hier erläutern wir beispielhaft zwei besonders wichtige Leistungsarten, die Invaliditätsleistung und die Unfallrente. Wenn Sie durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleiden (z. B. Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir je nach Vereinbarung einen einmaligen Betrag (Invaliditätsleistung) und/oder eine Rente (Unfallrente). Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Beeinträchtigung. Die Unfallrente wird in schwereren Fällen gezahlt.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und der Ziffer 2 der AUB.

Werden Leistungen angerechnet, die die versicherte Person von anderen wegen der Invalidität erhält?

Nein. Die Leistungen aus der Unfallversicherung erhalten Sie unabhängig von und zusätzlich zu anderweitigen Zahlungen, die Sie wegen des Unfalls erhalten, z. B. von der Krankenversicherung, einer gegnerischen Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer weiteren privaten Unfallversicherung.

3. Wie hoch ist Ihre Prämie, wann müssen Sie diese bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Gesamtpremie inkl. Versicherungsteuer	_____ EUR
Prämienfälligkeit	<input type="checkbox"/> jährlich, jeweils zum 1. ____ eines Jahres <input type="checkbox"/> halbjährlich, jeweils zum 1. ____ und danach halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich, jeweils zum 1. ____ und danach vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich, jeweils zum 1. ____ und danach monatlich
Erstmals zum Vertragsbeginn am	_____ (TT.MM.JJ)
Ablauf des Vertrages zum	_____ (TT.MM.JJ)

Denken Sie bitte daran, dass Sie die Prämie unverzüglich zu zahlen haben, wenn der oben angegebene Zeitpunkt des Versicherungsbeginns erreicht ist; Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon selbstverständlich unberührt. Bei verspäteter Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten.

Zahlen Sie eine der weiteren Prämien nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und der Ziffer 11 der AUB.

4. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir eine erheblich höhere Prämie verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen. Nicht versichert sind insbesondere

- Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht wurden.
- Unfälle die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen.
- Bandscheibenvorfälle sind keine Unfälle.

Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte den Ziffern 3 und 5 der AUB.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflicht haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Anderenfalls können wir uns vorzeitig von dem Vertrag lösen und Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz. Gegebenenfalls können wir auch die Versicherungsprämie anpassen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 13 der AUB.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflicht haben?

Ihre Berufstätigkeit hat unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem Sie ausgesetzt sind. Wir berücksichtigen diese daher auch bei der Bemessung der Versicherungsprämie und der Versicherungssummen. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen, um uns eine Anpassung des Vertrages zu ermöglichen. Anderenfalls können wir die Leistungen kürzen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 6.3 der AUB.

7. Welche Pflichten haben Sie im Schadenfall und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflicht haben?

Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seinen Anordnungen gefolgt werden. Außerdem sind wir sofort zu informieren. Todesfälle sind uns innerhalb von 48 Stunden zu melden. Kommen Sie diesen Verpflichtungen nicht nach, können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder zum Teil verlieren. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 7 und 8 der AUB.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn die Zahlung der Prämie gemäß Ziffer 3 dieses Blattes rechtzeitig erfolgt. Den bei Erteilung dieses Blattes zugrunde gelegten Zeitpunkt für den Beginn Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte ebenfalls Ziffer 3 dieses Blattes. Dort finden Sie auch Hinweise zur Vertragslaufzeit und -ende.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie den Vertrag nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen bereits zum Ende des dritten Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei drei Monate vor Ablauf der ersten drei Jahre Ihrer Vertragslaufzeit oder jedes darauffolgenden Jahres zugehen muss. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 10 der AUB.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Neben den unter Ziffer 8 dieses Blattes beschriebenen Kündigungsmöglichkeiten zum Ablauf des Vertrages stehen Ihnen weitere Kündigungsrechte zu. Hierzu gehört das Recht, dass Sie oder wir den Vertrag auch vorzeitig kündigen können, wenn wir eine Leistung erbracht haben. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 10.3 der AUB.

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfall-Tagegeld
 - 2.3 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen
 - 2.4 Genesungsgeld
 - 2.5 Todesfallleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei vereinbartem Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene

- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 65. Lebensjahres beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Die Versicherungsprämie

- 11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 GESTRICHEN
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 16 Welches Gericht ist zuständig?
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 18 Tarifierpassung
- 19 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Als Unfall gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- 1.4 Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte
 - Bauch- und Unterleibsbrüche (z. B. Leistenbrüche)
 - Verrenkungen von Gelenken
 - Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln
 - Knochenbrüche.
- 1.5 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.
- 1.6 Als Unfall gilt auch die Strahleneinwirkung (außer Kernenergie).
Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden, sowie Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten und Berufskrankheiten.
Die Gesundheitsschäden gelten als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 10 Stunden ausgesetzt war.
- 1.7 Als Unfall gilt auch eine durch eine Schutzimpfung verursachte Gesundheitsschädigung (Impfschäden).
- 1.8 Auch besteht Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation.
- 1.9 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Die Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, inneren Organe und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm ab Schultergelenk	70 %
Arm bis oberhalb des Ellbogengelenks	65 %
Arm bis unterhalb des Ellbogengelenks	60 %
Hand ab Handgelenk	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 ab Fußgelenk	40 %

große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Eine Niere	20 %
Beide Nieren	100 %
Milz	10 %

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der vorgenannten Gliedmaßen, inneren Organe und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Bei Funktionsbeeinträchtigung der Stimme wird der Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Ausgeschlossen ist der Verlust der Stimme, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 60 %.

Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn das vorgeschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.

- 2.1.2.2.2 Für andere Körperteile, innere Organe und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile, innere Organe oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

- 2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile, innere Organe oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

- 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person
 - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und haben wir bereits einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung oder eine Unfall-Rente dem Grunde nach anerkannt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfall-Tagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.2.2.1 Das Unfall-Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

2.2.2.2 Die Leistung erfolgt für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet.

2.2.2.3 Das Unfall-Tagegeld entfällt zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

2.3 Unfall-Krankhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhaus- oder Anschlussheilbehandlung.

2.3.1.2 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als vollstationäre Krankenhaus- oder Anschlussheilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Unfall-Krankhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 3 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.3.3 Ambulante Operation

Wird nach einem Unfall anstelle einer vollstationären Heilbehandlung eine ambulante Operation durchgeführt, so zahlen wir das Unfall-Krankhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für drei Tage. Diese Leistung kann mehrmals je Unfall in Anspruch genommen werden.

2.3.4 Erhöhtes Unfall-Krankhaustagegeld im Ausland

2.3.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person stößt während einer Urlaubs- oder Geschäftsreise im Ausland ein Unfall zu und eine medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung in einer ausländischen Klinik ist erforderlich.

2.3.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Unfall-Krankhaustagegeld wird in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet.

Diese Erhöhung gilt nicht für

- ambulante Operationen,
- Komageld,
- Reha-Geld,
- Genesungsgeld.

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.4.1.1 Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Unfall-Krankhaustagegeld nach Ziffer 2.3.

2.4.1.2 Für ambulante Operationen nach Ziffer 2.3.3 besteht kein Anspruch auf Genesungsgeld.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Unfall-Krankhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

2.5 Todesfallleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.4 weisen wir hin.

2.5.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

3.1 Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

– im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

– im Todesfall und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

3.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 30%, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe 2 und 3) sowie Geisteskranke.

Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

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

4.3 Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie zahlen wir zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Herzinfarkte, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

Mitversichert sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt

– bei der Teilnahme am Straßenverkehr unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahrtüchtigkeit) liegt; dieser Promillewert gilt solange, bis die höchstrichterliche Rechtsprechung hier einen anderen Wert festlegt

– bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.

Haben alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen keinen Einfluss auf den Unfall, besteht grundsätzlich Versicherungsschutz.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begeben.

Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.3.1 Mitversichert sind zudem Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden.

5.1.3.2 Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, sind ebenfalls mitversichert.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

5.1.4.1 – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

5.1.4.2 – bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

5.1.7 Sportunfälle der versicherten Person sind ausgeschlossen, wenn sie

– als Berufssportler

– bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person damit überwiegend den Lebensunterhalt verdient (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und ähnlichem) verursacht werden.

Ausnahme:

Für Vertragsamateure und Vertragssportler, die neben ihrer sportlichen Betätigung noch eine berufliche Tätigkeit ausüben und damit mindestens 50% ihres Lebensunterhaltes bestreiten, gilt dieser Ausschluss nicht, solange sie Sport unterhalb der ersten – bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten – deutschen Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.

5.1.8 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe (auch strahlendiagnostische und –therapeutische) durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.3 Infektionen und zwar auch dann, wenn Sie

– durch Insektenstiche oder –bisse oder

– durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.3.1 Versicherungsschutz besteht jedoch für

– Tollwut und Wundstarrkrampf,

– Blutvergiftungen,

– Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine versicherte Unfallverletzung, die nicht nach Ziffer 5.2.3. ausgeschlossen ist, in den Körper gelangten.

- 5.2.4 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstanden sind, besteht Versicherungsschutz nur, wenn diese durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall verursacht wurden.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Versicherungsschutz besteht jedoch für psychische und nervöse Störungen der versicherten Person, die durch eine unfallbedingte, organische Schädigung des Hirnnervensystems oder eine unfallbedingt neu entstandene Epilepsie herbeigeführt wurden.
Ausgeschlossen bleiben Depressionen, post-traumatische Belastungsstörungen und mittelbare Unfallfolgen.

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kindertarif
- bei vereinbartem Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 65. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kindertarif versicherte Kind das 15. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- a) Sie zahlen die bisherige Prämie und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - b) Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der Wahlmöglichkeit „b“ fort.

6.2 Umstellung des Tarifes für Jugendliche und junge Erwachsene

- 6.2.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die nach dem Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- a) Sie zahlen die bisherige Prämie und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - b) Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

- 6.2.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der Wahlmöglichkeit „b“ fort.

6.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die nachfolgenden Regelungen der Ziffer 6.3 gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

- 6.3.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämie ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen.

- 6.3.2 Fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die „Gefahrengruppe B“ des zum Änderungszeitpunkt gültigen Tarifs für die Unfallversicherung, gilt folgendes:

Nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung gelten für Berufsunfälle 50 % der vereinbarten Versicherungssummen.

Berufe mit der Gefahrengruppe B sind z. B.: Arbeiter im Straßen-, Hoch- oder Tiefbau; Maurer, Dachdecker, Gipser, Gerüstbauer, Zimmerer, Antenneninstallateure, Schornsteinfeger, Kranführer; Schiffspersonal; im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, Feuerwehr und der Bundespolizei, Berufs- und Zeitsoldaten der Bundeswehr; Personen die sich mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen beschäftigen.

- 6.3.2.1 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Versicherungsumfang (volle Versicherungssummen für Berufsunfälle) bei erhöhter Prämie weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

- 6.3.3 War die versicherte Person tariflich in die Gefahrengruppe B eingestuft und fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung in die Gefahrengruppe A, gilt folgendes:

- 6.3.3.1 Waren für Berufsunfälle die halben Leistungen vereinbart, gelten nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung die vollen Leistungen.

- 6.3.3.2 Waren für Berufsunfälle die vollen Leistungen vereinbart, gelten nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung höhere Versicherungssummen für berufliche und außerberufliche Unfälle. Sie errechnen sich nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif.

Diese Regelung gilt nicht für ein eventuell vereinbartes Schmerzensgeld. Bei dieser Leistung reduziert sich die vereinbarte Prämie.

- 6.3.4 Fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die „Gefährlichen Risiken“ des zum Änderungszeitpunkt gültigen Tarifs für die Unfallversicherung, gilt folgendes:

Nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung gelten für Berufsunfälle 10 % der vereinbarten Versicherungssummen.

Berufe mit gefährlichen Risiken sind z. B.: Angehörige von Sondereinsatzkommandos (z. B. MEK, SEK, GSG9), Leibwächter (Personenschutz); Munitionssuch- und Munitionsräumpersonal, Sprengpersonal; Taucher; Rennfahrer, Rennreiter; Tierbändiger, Artisten.

6.4 Umstellung in den Tarif für Pensionäre und Ruheständler nach Vollendung des 65. Lebensjahres

- 6.4.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Pensionäre und Ruheständler. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- a) Sie zahlen die bisherige Prämie und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- b) Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

- 6.4.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der Wahlmöglichkeit „b“ fort.

- 6.4.3 Die unter der Ziffer 6.4.1. und 6.4.2 beschriebene Regelung gilt nicht für die Leistungsarten Schmerzensgeld Premium und Unfall-Tagegeld. Diese Leistungen entfallen zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Der Leistungsfall

7 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?

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

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

- 7.1.1 Bei geringfügig erscheinenden Unfallfolgen, bei denen zunächst davon ausgegangen werden konnte, dass diese keine Leistungspflicht auslösen, ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht und uns erst informiert, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Auf die jeweiligen Fristen zur Geltendmachung der vereinbarten Leistungen gemäß Ziffer 2 dieser AUB und/oder in Besonderen Bedingungen verweisen wir.

- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

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

- 7.4 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 8.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren 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 Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen

– beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

- 9.1.1 Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

– bei Invalidität bis zu 2‰ der versicherten Summe,

– bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,

– bei Unfall-Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaus-Tagegeldsatz,

– bei Verdienstausfallgeld bis zu 10 % eines Verdienstausfallgeldsatzes,

– bei sonstigen von uns angeforderten Bescheinigungen bis zu einem Betrag von 25 EUR.

Weitere Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

- 9.3.1 Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht und eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 ärztlich festgestellt und geltend gemacht wurde.
- Die Höhe der Vorschussleistung richtet sich nach dem nach ärztlicher Einschätzung mindestens zu erwartenden Invaliditätsgrad, höchstens jedoch 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundversicherungssumme.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre.
- Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1
 - von Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- 9.5 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 9.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.
- 11.2 Dauer und Ende des Vertrages**
- 10.2.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 10.2.2 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 10.2.3 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.
- 10.2.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Uns steht das Kündigungsrecht frühestens zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer zu.
- Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall**
- 10.3.1 Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- 10.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.
- 10.3.3 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 Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.
- 10.3.4 Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

- 10.4.1 Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist.
- 10.4.2 Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Die Versicherungsprämie

- 11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Prämie und Versicherungssteuer**
- Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erste oder einmalige Prämie**
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
- Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
- Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
- Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.
- Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt**
- Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgeprämie**
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
- Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn Sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug**
- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Prämien sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz**
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung**
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versi-

cherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie dem SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

11.6 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.7 Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

- 11.7.1 Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt folgendes:
- 11.7.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet.
- 11.7.3 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nicht etwas anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag

überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

13.4 Anfechtung

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

14 GESTRICHEN

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1 Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

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

17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18 Tarifierung

18.1 Der Prämiensatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnansatzes kalkuliert.

18.2 Wir sind berechtigt, den Prämiensatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

18.3 Tarifliche Anpassungen von Prämiensätzen können von uns mit Wirkung ab der nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages vorgenommen werden. Die Anpassung erfolgt frühestens zum Ablauf der mit dem Antrag vereinbarten Laufzeit.

18.4 Der Prämiensatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt.

18.5 Wir sind berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

18.5.1 Prämiensenkungen gelten automatisch, auch ohne dass wir Sie informiert haben, als vereinbart.

18.5.2 Prämienerhöhungen werden Ihnen unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienhöhung, kündigen.

18.6 Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifanpassung unberührt.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Klauselpaket UnfallProtect – Max

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012). Die folgenden Klauseln/ Besonderen Bedingungen erweitern Ihren Versicherungsschutz und beinhalten eine Vielzahl von Verbesserungen.

- U 100 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Eigenbewegungen und Sport
- U 101 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vergiftungen durch gasförmige Stoffe
- U 103 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden in Notsituationen
- U 104 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Einatmung, Einnahme schädlicher Stoffe
- U 105 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Zeckenbissen und -stichen
- U 106 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des Oberschenkelhalsbruchs
- U 107 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der akuten Höhenkrankheit

- U 300 Besondere Bedingungen für einen erhöhten Mitwirkungsanteil
- U 502 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Infektionen
- U 503 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Schlaganfällen und Herzinfarkten
- U 504 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Unfällen bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen
- U 506 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Trunkenheit und medikamentenbedingten Bewusstseinsstörungen
- U 507 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes für Minderjährige
- U 508 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen
- U 509 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des passiven Kriegsrisikos
- U 510 Besondere Bedingungen für den Einschluss von epileptischen und anderen Krampfanfällen

- U 601 Besondere Bedingungen für die Umstellung des Tarifs für Kinder auf den Tarif für Erwachsene
- U 700 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Meldefrist bei Tod der versicherten Person
- U 996 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Ärzten, Zahnärzten, Zahn Technikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern)
- U 997 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde
- U 998 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Chemikern und Desinfektoren
- U 999 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Desinfektoren (Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten)

U 100 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Eigenbewegungen und Sport

In Erweiterung der Ziffer 1.4 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz, wenn die genannten Verletzungen durch

- Eigenbewegungen oder
- eine sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) anerkannten Sportarten entstanden sind.

U 101 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vergiftungen durch gasförmige Stoffe

In Erweiterung von Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden und Berufskrankheiten. Die Gesundheitsschäden gelten als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 10 Stunden ausgesetzt war.

U103 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden in Notsituationen

Die Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gelten auch

- Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren
- Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug
- Entzug von ärztlich verordneten Medikamenten
- Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich

in einer Notsituation, aus der sich die versicherte Person nicht selber befreien konnte.

U 104 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Einatmung, Einnahme schädlicher Stoffe

Die Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Auch als Unfall gilt

- Einatmung schädlicher Stoffe
- Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen)
- Alkoholvergiftung bei Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres
- mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung
- Explosions- und sonstige Druckwellen.

Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden und Berufskrankheiten. Die Gesundheitsschäden gelten als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 10 Stunden ausgesetzt war.

U 105 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Zeckenbissen und -stichen

Die Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gilt auch ein Zeckenbiss und -stich. Die in Ziffer 2.1 der AUB genannten Fristen beginnen nicht mit dem Unfalltag (Zeckenbiss/-stich), sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Hat die versicherte Person wegen der Folgen eines Zeckenbisses oder -stiches einen Arzt konsultiert, muss uns das unverzüglich mitgeteilt werden.

Der Ausschluss nach Ziffer 5.2.3 der AUB gilt nicht für Zeckenbisse und -stiche.

U 106 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des Oberschenkelhalsbruchs

Die Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Ein Oberschenkelhalsbruch fällt unter den Versicherungsschutz, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

U 107 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der akuten Höhenkrankheit

In Erweiterung von Ziffer 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz bei Gesundheitsschäden durch ein

- Höhenlungenödem (HAPE)
- Höhenhirnödem (HACE)

aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS), ohne das ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB eingetreten sein muss.

U 300 Besondere Bedingungen für einen erhöhten Mitwirkungsanteil

In Abänderung der Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt folgendes:

- 1 Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen.
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
 - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist,
 - in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- 2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

U 502 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Infektionen

In Erweiterung der Ziffer 1 und Abänderung der Ziffer 5.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht für Gesundheitsschädigungen durch die erstmalige Infektion mit einer Krankheit trotz vorheriger Schutzimpfung Versicherungsschutz, solange die Schutzimpfung noch aktiv ist und die nachfolgenden Auffrischungen nach medizinischen Gesichtspunkten regelmäßig erfolgt sind.

Ist die mögliche Schutzimpfung für die Infektion nicht erfolgt, nicht mehr aktiv oder die erforderlichen Auffrischungen wurden nicht vorgenommen, gelten im Versicherungsfall 50% der im Vertrag vereinbarten Versicherungssummen.

Auch besteht Versicherungsschutz für Infektionen bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen bleibt die Erkrankung an Influenza und AIDS.

U 503 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Schlaganfällen und Herzinfarkten

In Erweiterung der Ziffer 1 und Abänderung der Ziffer 5.1.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für Unfälle infolge

- eines Herzinfarktes
- eines Schlaganfalles

Ausgeschlossen bleiben jedoch die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des Herzinfarktes oder Schlaganfalles sind.

U 504 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Unfällen bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen

In Abänderung der Ziffer 5.1.5 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen

- als Fahrer,
- Beifahrer oder
- Insasse,

bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) ankommt, zustoßen.

Auch besteht Versicherungsschutz für das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland.

U 506 Besondere Bedingungen für die erweiterte Mitversicherung von Trunkenheit und medikamentenbedingten Bewusstseinsstörungen

In Abänderung der Ziffer 5.1.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) sind für die versicherte Person auch Unfälle mitversichert

- soweit diese durch Trunkenheit oder
- durch ordnungsgemäße Einnahme von ärztlich

verordneten Medikamenten verursacht worden sind.

Bei der Teilnahme am Straßenverkehr besteht Versicherungsschutz nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von maximal 1,5 ‰.

U 507 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes für Minderjährige

In Abänderung von Ziffer 5.1.2 der Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs vorliegt (§ 248 b StGB). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

U 508 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen

In Abänderung der Ziffer 5.2.2 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt, dass das Schneiden, Rasieren oder Feilen von Nägeln, Haaren, Hühneraugen und Hornhaut versichert ist, wenn diese Heilmaßnahmen von entsprechend ausgebildetem Fachpersonal ausgeführt werden.

U 509 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des passiven Kriegsrisikos

Die Ziffer 5.1.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Sofern und solange es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das Gebiet des Staates früher zu verlassen, verlängert sich die Frist um weitere 7 Tage.

U 510 Besondere Bedingungen für den Einschluss von epileptischen und anderen Krampfanfällen

In Erweiterung der Ziffer 1 und Abänderung der Ziffer 5.1.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für Unfälle infolge

- eines epileptischen Anfalles oder
- eines anderen Krampfanfalles.

Ausgeschlossen bleiben jedoch die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles oder eines anderen Krampfanfalles sind.

U 601 Besondere Bedingungen für die Umstellung des Tarifs für Kinder auf den Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene

In Abänderung der Ziffer 6.1.1 Satz 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt der Versicherungsschutz nach dem Kindertarif bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Abweichend von Ziffer 6.1.1 Satz 2 erfolgt nach der Vollendung des 18. Lebensjahres die Umstellung in den zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene.

Die Ziffer 6.1.1 a und b sowie die Ziffer 6.1.2 gelten unverändert.

U 700 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Meldefrist bei Tod der versicherten Person

Die Ziffer 7.4 Absatz 1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Der Absatz 2 und 3 der Ziffer 7.4 gelten unverändert.

U 996 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Ärzten, Zahnärzten, Zahn-technikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern) (gelten generell für diesen Personenkreis)

In Erweiterung der Ziffer 1 und Abänderung der Ziffer 5.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

U 997 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde (gelten generell für diesen Personenkreis)

In Erweiterung der Ziffer 1 und in Abänderung der Ziffer 5.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

U 998 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Chemikern und Desinfektoren (gelten generell für diesen Personenkreis)

In Erweiterung der Ziffer 1 und in Abänderung der Ziffer 5.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt:

1. Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

2 Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien, allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

**U 999 Besondere Bedingungen für den
Einschluss von Infektionen in die
Unfallversicherung von Desinfektoren
(Mitversicherung von akuten
Infektionskrankheiten)**

(gelten generell für diesen Personenkreis)

In Erweiterung der Ziffer 1 und in Abänderung der Ziffer 5.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt:

Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

Deckungspaket UnfallProtect – Max

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012). Die folgenden Klauseln/Besonderen Bedingungen erweitern Ihren Versicherungsschutz und beinhalten eine Vielzahl von Verbesserungen.

Welche der nachstehend aufgeführten Klausel/n für Sie bzw. die versicherte(n) Person(en) gilt/gelten entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

- U 102 Besondere Bedingungen für die Übernahme von Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer
- U 200 Besondere Bedingungen für den Helmbonus
- U 201 Besondere Bedingungen für die Fristerweiterung bei Invalidität (Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung)
- U 209 Besondere Bedingungen für die Leistung der doppelten Todesfallleistung
- U 210 Besondere Bedingungen für die Leistung der Todesfallsumme bei Verschollenheit
- U 211 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Todesfallleistung
- U 212 Besondere Bedingungen zur Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes
- U 213 Besondere Bedingungen für die Leistung des Unfall-Krankenhaustagegeldes bei ambulanten Operationen
- U 214 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des Komageldes
- U 215 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes im Ausland
- U 216 Besondere Bedingungen für die Zahlung von Unfall-Krankenhaustagegeld im Rahmen einer Rehabilitation (Reha-Geld)

- U 218 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen
- U 219 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Leistungsumfanges der kosmetischen Operationen
- U 220 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeldes für minderjährige Kinder
- U 221 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rooming-In-Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder
- U 222 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der monatlichen Unfall-Rente ab 50% Invalidität
- U 225 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 50% Invalidität
- U 226 Besondere Bedingungen für die jährliche Rentenerhöhung im Leistungsfall
- U 227 Besondere Bedingungen für den Invaliditätsanspruch und die Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person
- U 228 Besondere Bedingungen für die erweiterte Gliedertaxe
- U 229 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Rentengarantie und einer Einmalzahlung
- U 500 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Motorsportrisiken als Hobby- bzw. Amateurfahrer/in
- U 803 Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung von schweren Erkrankungen – Dread Disease
- U 806 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 500%

- U 810 Besondere Bedingungen für Schmerzensgeld – Premium – bei bestimmten Verletzungen
 - U 811 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurkostenbeihilfe
 - U 813 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie um 5%
 - U 817 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Bonus-Unfallhilfe
 - U 822 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten und Serviceleistungen
 - U 823 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
 - U 824 Besondere Bedingungen für Unfälle als Fluggast
 - U 825 Besondere Bedingungen für den Direktanspruch
 - U 826 Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder
 - U 830 Besondere Bedingungen für die vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose und die Verbesserung einer Vorschusszahlung
 - U 831 Besondere Bedingung für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 350%
 - U 832 Besondere Bedingungen für den Basler RehaSchutz
 - U 833 Besondere Bedingungen für den Basler PhysioSchutz
- Besonderen Bedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung für das Taxi- und Mietwagengewerbe

U 102 Besondere Bedingungen für die Übernahme von Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer

In Erweiterung der Ziffer 1.8 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) übernehmen wir die nachgewiesenen Nutzungskosten einer Dekompressionskammer einschließlich der Fahrtkosten.

Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, erstatten wir den fehlenden Restbetrag.

Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie durch ärztliche Atteste über die Notwendigkeit bzw. Anordnung der Behandlung nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

U 200 Besondere Bedingungen für den Helmbonus

Die Ziffer 2.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Erleidet die versicherte Person als

- Rad-,
- Ski-,
- Snowboard-,
- Skateboard-,
- Snakeboard-,
- Streetboard-,
- Inlineskates-,
- Rollschuh-,
- Kickboard-,
- Tretrollerfahrer oder
- als Reiter

durch einen Unfall gemäß Ziffer 1 der AUB eine Kopfverletzung und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm getragen, erhöht sich die Invaliditätsentschädigung aus der Invaliditätsgrundsumme für eine durch eine Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25%, maximal jedoch um 50.000 EUR.

Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, besteht nur aus einem Vertrag und nur einmal je Versicherungsfall ein Anspruch auf den Helmbonus und zwar aus dem Vertrag mit der zum Unfallzeitpunkt höheren Invaliditätsgrundsumme.

Die Erhöhung gilt nicht für Leistungen, die sich aus progressiven Invaliditätsstaffeln und/oder Unfall-Renten ergeben.

Wird in Folge des Unfalles der benutzte Helm beschädigt oder zerstört, übernehmen wir die Kosten für die Ersatzbeschaffung eines Helms gleicher Art und Güte zum Neuwert.

U 201 Besondere Bedingungen für die Fristerweiterung bei Invalidität (Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung)

Die Ziffer 2.1.1.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten, von einem Arzt festgestellt und schriftlich dokumentiert, sowie

– nach weiteren 3 Monaten von Ihnen bei uns schriftlich geltend gemacht worden.

U 209 Besondere Bedingungen für die Leistung der doppelten Todesfallsumme

Die Ziffer 2.5. der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

1 Doppelte Todesfallleistung für minderjährige Kinder bei gleichzeitigem Tod der Eltern

Werden beide im Vertrag versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet und hat mindestens eines ihrer erbberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppelt sich die Todesfallleistung beider Elternteile.

2 Doppelte Todesfallleistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Versicherungssumme. Als öffentlichen Verkehr bezeichnet man Mobilitäts- und Verkehrsdienstleistungen aus dem Verkehrswesen. Die Merkmale des öffentlichen Verkehrs sind allgemeine Zugänglichkeit für jeden Nutzer (Beförderungs- bzw. Transportpflicht), Ausführung durch spezielle (evtl. konzessionierte) Verkehrsunternehmen sowie die Fixierung von Beförderungsbedingungen bzw. -vorschriften und Preisen in veröffentlichten Rechtsnormen (Fahrplanpflicht).

3 Die Mehrleistung aus den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen ist auf insgesamt die doppelte Versicherungssumme für jede versicherte Person begrenzt.

U 210 Besondere Bedingungen für die Leistung der Todesfallsumme bei Verschollenheit

In Ergänzung zu Ziffer 2.5 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt der

unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 Schiffsunglück,
- § 6 Luftfahrzeugunfall oder
- § 7 sonstige Lebensgefahr

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG.) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die erbrachte Leistung zurückzuzahlen.

U 211 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Todesfalleistung

In Abänderung der Ziffer 2.5.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt für die vereinbarte Todesfalleistung folgende Regelung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, verstorben. Besteht zum Todeszeitpunkt ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, entfällt der Anspruch auf die Todesfalleistung. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.4 der AUB weisen wir hin.

U 212 Besondere Bedingungen zur Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes

In Abänderung der Ziffer 2.3.2 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt für die Dauer der Leistung des Unfall-Krankenhaustagegeldes folgende Regelung:

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

U 213 Besondere Bedingungen für die Leistung des Unfall-Krankenhaustagegeldes bei ambulanten Operationen

Die Ziffer 2.3.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

Wird nach einem Unfall anstelle einer vollstationären Heilbehandlung eine ambulante Operation durchgeführt, so zahlen wir das Unfall-Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für sieben Tage.

Diese Leistung kann mehrmals je Unfall in Anspruch genommen werden.

U 214 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des Komageldes

Die Ziffer 2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person innerhalb von 4 Wochen infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt, wird das fällige Unfall-Krankenhaustagegeld während der Zeit des Komas – längstens für 100 Tage – um 50% erhöht.

Das Koma dauert mindestens 5 Tage an und ist unmittelbare und ausschließliche Folge der Unfallverletzung.

Ein Koma im Sinne dieser Bedingung ist eine länger dauernde tiefe Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize.

U 215 Besondere Bedingungen für die Erweiterung der Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes im Ausland

Die Ziffer 2.3.4.2 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

Der versicherten Person stößt während einer Urlaubs- oder Geschäftsreise im Ausland ein Unfall zu und eine medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung in einer ausländischen Klinik ist erforderlich.

Wir leisten dafür ein um 100% erhöhtes Unfall-Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für fünf Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

Diese Erhöhung gilt nicht für

- ambulante Operationen
- Komageld
- Reha-Geld
- Genesungsgeld.

U 216 Besondere Bedingungen für die Zahlung von Unfall-Krankenhaustagegeld im Rahmen einer Rehabilitation (Reha-Geld)

1 Voraussetzung für die Leistung

Im Anschluss an einen unfallbedingten, vollstationären Krankenhausaufenthalt wird eine vollstationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 40 SGB V oder eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) durchgeführt.

Leisten wir für eine vollstationäre Behandlung Krankenhaustagegeld, besteht für die gleiche Behandlung kein Anspruch auf das Reha-Geld.

Die Rehabilitationsmaßnahme und die EAP müssen ärztlich verordnet und in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden.

2 Höhe und Dauer der Leistung

2.1 Wir zahlen je Anwendungstag 100% des versicherten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.2 Wir zahlen nur für Maßnahmen, die innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt des Unfalles durchgeführt werden.

U 218 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen

1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben (ohne Zähne).

1.1 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

1.2 Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist.

1.3 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

2 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

2.1 Voraussetzung für die Leistung

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

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten, maximal bis zu 10.000 EUR, für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht

sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10% der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt. Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist.

2.3 Wartezeit

Kein Versicherungsschutz besteht für Fälle in denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.

3 Wir ersetzen die Kosten nur, sofern kein anderer Ersatzpflichtiger die Kosten übernimmt. Ersetzt dieser Kostenträger nur einen Teil der Kosten, können Sie die verbleibenden Kosten bei uns geltend machen. Wir erstatten die Kosten nur gegen Vorlage von Originalrechnungen und der ärztlichen Verordnung, soweit diese nach den obigen Bestimmungen erforderlich ist.

4 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen kann die Kostenerstattung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden. Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

U 219 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Leistungsumfanges der kosmetischen Operationen

Der Leistungsumfang der kosmetischen Operationen wird wie folgt erweitert:

Zusätzlich ersetzen wir die Kosten für

- Zahnarzt-,
- Zahnbehandlungs-,
- Zahnersatz- und
- Zahnlaborkosten,

die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder fest implantierten Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

Wir zahlen bis zu 5% der vereinbarten Gesamtversicherungssumme je verletzten Zahn.

Die Kostenübernahme erfolgt sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, erstatten wir den fehlenden Restbetrag.

Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie durch ärztliche Atteste über die Notwendigkeit bzw. Anordnung der Behandlung nachgewiesen werden.

U 220 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeldes für minderjährige Kinder

1 Voraussetzung für die Leistung Kinderbetreuungsgeld

Das versicherte Kind kann wegen der Folgen

- eines Unfalles
- einer Verbrennung der Körperoberfläche oder
- eines Insektenstiches

an mehr als fünf aufeinander folgenden Betreuungstagen nicht den Kindergarten, die Kinderkrippe oder eine gleichgestellte Kinderbetreuungsstätte besuchen. Wird das Kind von einer Tagesmutter/einem Tagesvater betreut, besteht Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nur, wenn diese/r über eine staatlich anerkannte Ausbildung oder Zertifizierung verfügt. Sie haben uns den Beginn und die Dauer des unfallbedingten Ausfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Betreuungseinrichtung nachgewiesen.

1.1 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme täglich ab dem sechsten Fehltag für maximal 20 Fehlitage. Ferien oder vorübergehende Schließung der Betreuungseinrichtung oder Ausfälle der Tagesmutter/des Tagesvaters gelten nicht als Fehlitage. Mehrere Fehlitage wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Zeitraum gewertet.

1.2 Das Kinderbetreuungsgeld entfällt mit der Einschulung des versicherten Kindes.

2 Voraussetzung für die Leistung Schulausfallgeld

Das versicherte Kind kann wegen eines Unfalles nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.

2.1 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Schulausfallgeld in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe wie folgt:

ab 20. Schulausfalltag	60 %
ab 100. Schulausfalltag	100 %

der vereinbarten Versicherungssumme.

Das Schulausfallgeld zahlen wir längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

2.2 Mit Beendigung der Schulausbildung (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung), spätestens mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes, entfällt das Schulausfallgeld.

U 221 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rooming-in Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder

1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis im Sinne der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten.

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

3 Die Leistung ist je Versicherungsfall insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

U 222 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der monatlichen Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad – ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen – von mindestens 50 % geführt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der Versicherungssumme.

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 zahlen wir bis zum Ende des Monats, 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 50 % gesunken ist.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

U 225 Besondere Bedingungen für die progressive Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad – ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen – von mindestens 50 % geführt.

2 Höhe der Leistung

Unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person zahlen wir bei einem ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad

- ab 50 % die volle versicherte Unfall-Rente,
- ab 75 % die eineinhalbfache versicherte Unfall-Rente
- bei 100 % die zweifache versicherte Unfall-Rente.

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 zahlen wir bis zum Ende des Monats, 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 50 % gesunken ist.

Ändert sich der Invaliditätsgrad durch eine Neubemessung in eine niedrigere oder höhere Stufe der Progression, zahlen wir ab Beginn des nächsten Monats nach der Neubemessung die für diese Stufe vereinbarte Unfall-Rente.

U 226 Besondere Bedingungen für die jährlicher Rentenerhöhung im Leistungsfall

In Ergänzung der Besonderen Bedingungen U 222 und U 225 gilt zur Höhe der Leistungen der Unfall-Rente:

1 Die Unfall-Rente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um 2 Prozent. Dabei runden wir die Rentenzahlung auf volle 0,50 EUR auf.

2 Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres vor, in dem die Unfall-Rente zum dreißigsten Mal erhöht wird.

U 227 Besondere Bedingungen für den Invaliditätsanspruch und die Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

1 Die Ziffer 2.1.1.2 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:
Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall stirbt.

2 Die Ziffer 2.1.2.3 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:
Stirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall

oder

– gleichgültig aus welcher Ursache später als 3 Monate nach dem Unfall

und haben wir bereits einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung dem Grunde nach anerkannt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

U 228 Besondere Bedingungen für die erweiterte Gliedertaxe

Die Ziffer 2.1.2.2.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, inneren Organe und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	50 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Vollständiger Verlust der Stimme	100 %
Eine Niere	25 %
Falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
Beide Nieren	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern vor der Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dick-, Dünn- und Enddarm jeweils	25 %
Ein Lungenflügel	50 %

Für Gelenkersatz an Gliedmaßen durch eine Prothese gelten folgende Sätze:

Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk	30 %
Hüft-, Knie- und Sprunggelenk	30 %

Wird an einer Gliedmaße der Ersatz von 2 oder 3 Gelenken erforderlich, bemisst sich der Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB.

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der vorgenannten Gliedmaßen, inneren Organe und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Bei Funktionsbeeinträchtigung der Stimme wird der Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.2 der AUB bemessen.

Ausgeschlossen ist der Verlust der Stimme, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%.

Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn das vorgeschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.

U 229 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Rentengarantie und einer Einmalzahlung

In Ergänzung der Besonderen Bedingungen U 222 und U 225 gilt folgendes:

1 Einmalzahlung

Wir zahlen 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung, wenn die versicherte Person, – gleichgültig aus welcher Ursache stirbt und – ein Anspruch auf eine Unfall-Rente bereits anerkannt war

und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.

2 Rentengarantie

Zusätzlich garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 65. Lebensjahres

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstirbt.

Voraussetzung ist, dass wir zum Zeitpunkt des Todes bereits einen Anspruch auf Unfall-Rente dem Grunde nach anerkannt haben.

Wir zahlen die vereinbarte Unfall-Rente über den Tod der versicherten Person hinaus; garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

U 500 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Motorsportrisiken als Hobby- bzw. Amateurfahrer/in

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) auch Unfälle, von denen die versicherte Person bei der Beteiligung an den folgenden offiziellen Motorsportveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten (Training) betroffen ist:

- Automobilrallye
- Automobilschlalom
- Bahnsport (Langbahn, Grasbahn, Speedway und Eisspeedway)
- Enduro
- Gleichmäßigkeitsprüfung
- Historischer Motorsport
- Kart
- Monkey Cross
- Motocross
- Motoquad
- Motorrad Biathlon
- Pocket Bike
- Quad Racing
- Supercross
- Supermoto
- Traktorpulling
- Trial

Diese Erweiterung des Versicherungsschutzes gilt nur, wenn die versicherte Person an diesen Veranstaltungen lediglich als Hobby bzw. Amateurfahrer/in teilnimmt.

In Abänderung von Ziffer 2 AUB wird für diese Risikoerweiterung eine Invaliditätsleistung erst fällig, wenn ein unfallbedingter Grad der Invalidität mehr als 10% beträgt (Integralfranchise).

U 803 Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung von schweren Erkrankungen – Dread Disease

1 Umfang der Versicherung

1.1 Die Versicherung kann im Alter von 3 bis 50 Jahren abgeschlossen werden.

1.2 Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals eintretenden schweren Erkrankungen.

1.3 Schwere Erkrankungen sind:

- Krebs
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Nierenversagen
- Erblindung
- Berufsbedingte HIV-Infektionen
- HIV-Infektionen infolge einer Bluttransfusion
- Transplantation eines Hauptorgans
- Operationen der Herzklappe
- Operationen der Aorta
- Bypass-Operationen
- Kindertähmung (Poliomyelitis)

2 Versicherungsfall

2.1 Wir leisten die vereinbarte Versicherungssumme bei Vorliegen einer in Ziffer 6 dieser Besonderen Bedingungen definierten Erkrankung, deren Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt.

2.2 Nach erfolgten, unter Ziffer 6 dieser Besonderen Bedingungen genannten, medizinischen Eingriffen wird die vereinbarte Versicherungssumme fällig, wenn die versicherte Person diesen Eingriff 14 Tage überlebt.

3 Versicherungsausschlüsse

3.1 Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach erstmaliger ärztlicher Feststellung der Erkrankung oder innerhalb von 14 Tagen nach dem medizinischen Eingriff verstirbt.

4 Erlöschen der Versicherung

4.1 Diese Zusatzversicherung erlischt sobald eine Leistung nach Ziffer 6 dieser Besonderen Bedingungen erfolgt ist

– zum Zeitpunkt der endgültigen Diagnose bzw.

– dem Tag nach erfolgtem medizinischem Eingriff.

4.2 Die Zusatzversicherung erlischt spätestens mit dem Tag, an dem die versicherte Person das Alter von 65 Jahren erreicht hat oder durch den Tod der versicherten Person.

4.3 Die Zusatzversicherung erlischt zusammen mit der Unfallversicherung.

5 Allgemeine Hinweise

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte im Sinne der Versicherungsbedingungen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch

auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

6 Versicherte schwere Krankheiten und medizinische Eingriffe

6.1 Krebs

Ein bösartiger Tumor, für den unkontrolliertes Wachstum, die Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und die Zerstörung von gesundem Gewebe charakteristisch sind. Hierunter fallen auch Leukämie und Lymphknotenkrebs (Lymphom).

6.1.1 Ausgeschlossen sind:

– nicht invasive Carcinoma-in-situ aller Hautkrebserkrankungen; malignen Melanomen mit einer Tumordicke von weniger als 1,5 mm nach Breslow oder Clark. Level 3 sind jedoch versichert;

– Gebärmutterhalskrebs CIN-1, CIN-2, CIN-3; – frühes Stadium des Prostatakarzinoms (TNM Klassifikation: T1).

6.1.2 Die Diagnose muss aufgrund einer Gewebshistologie durch einen Arzt für Onkologie nachgewiesen werden.

6.1.3 Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Versicherungsschutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.

6.1.4 Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

6.2 Herzinfarkt

Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teiles des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.

6.2.1 Ausgeschlossen ist Angina Pectoris.

6.2.2 Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels abstirbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

6.3 Schlaganfall

Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen.

6.3.1 Ausgeschlossen sind Transitorische Ischämische Attacken (TIA)

6.3.2 Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Blutleere kommt. Eine Transitorische Ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

- 6.4 Nierenversagen**
Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.
- 6.4.1 Vereinfachte Erläuterung:**
Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.
- 6.5 Erblindung**
Der endgültige und vollständige Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.
- 6.6 Berufsbedingte HIV-Infektionen**
Die HIV-Infektion muss nach Versicherungsbeginn
- durch eine Verletzung oder
 - durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit
- während der Ausübung der Berufstätigkeit (Vorfall) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:
- Ärzte und Zahnärzte
 - Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
 - Krankenschwestern und -pfleger
 - Arzthelferinnen und -helfer
 - Zahnarzthelferinnen und -helfer
 - Sanitäter
 - Personal in medizinischen Laboren
 - Polizisten und Angehörige des Bundesgrenzschutzes
 - Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
 - Gefängnispersonal
 - Hebammen
 - Wäschereipersonal im Krankenhaus
 - Krankenhaushilfspersonal
 - Reinigungspersonal im Krankenhaus
 - Personal bei Beerdigungsinstituten
- 6.6.1** Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:
- Die versicherte Person muss innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt. Die Bestätigung dieses Bluttests und die Umstände des Vorfalls müssen uns innerhalb von 10 Tagen nach dem Vorfall gemeldet werden.
 - Der Nachweis der Infektion durch HI-Viren oder der Gegenwart von HIV-Antikörpern im Blut muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
 - Der Vorfall sowie die HIV-Infektion müssen nach den üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein.
- 6.7 HIV-Infektion infolge einer Bluttransfusion**
Infektion mit dem HI-Virus oder Diagnose von Aids durch die Verabreichung einer infizierten Bluttransfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach der Transfusion erfolgt sein. Die Institution, welche die Bluttransfusion veranlasst hat, muss eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und für Bluttransfusionen autorisierte Institution

sein. Der Sachverhalt muss von einem Facharzt für Labormedizin bestätigt werden.

- 6.8 Transplantation eines Hauptorgans**
Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantationen für Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein. Ausgeschlossen sind Stammzelltransplantationen.
- 6.8.1 Vereinfachte Erläuterung:**
Schwere Erkrankungen oder Verletzungen können Organe so stark schädigen, dass eine Behandlung nur durch die Entfernung des kranken und die Transplantation eines gesunden Organs möglich ist. Für viele Organe bestehen lange Wartelisten, da nicht ausreichend Transplantate zur Verfügung stehen.
- 6.9 Operationen der Herzklappen**
Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterv Verfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.
- 6.9.1 Vereinfachte Erläuterung:**
Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.
- 6.10 Operation der Aorta**
Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden. Beispiele versicherter Eingriffe sind Eingriffe an der Aortenbifurkation, chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma oder Aortendissektion.
- 6.10.1** Ausgeschlossen sind das Einbringen von minimal invasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.
- 6.10.2 Vereinfachte Erläuterung:**
Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.
- 6.11 Bypass-Operation**
Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.
- 6.11.1 Vereinfachte Erläuterung:**
Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.

- 6.12 Kinderlähmung (Poliomyelitis)**
Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.
- 6.12.1 Vereinfachte Erläuterung:**
Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet
- 7 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 7.1** Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Erkrankung nach Ziffer 6 dieser Besonderen Bedingungen festgestellt wurde oder die bereits wegen einer solchen ärztlich behandelt wurde oder ein medizinischer Eingriff angeraten, geplant etc. war.
- 7.2** Der Versicherungsschutz erlischt, sobald festgestellt wird, dass die versicherte Person nach Ziffer 7.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Zusatzversicherung.
- 8 Wartezeit**
- 8.1** Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht bei den Versicherungsfällen, die nach Ablauf der Wartezeit entstanden sind.
- 8.2** Die Wartezeit beträgt drei Monate und beginnt ab dem Versicherungsbeginn.
Die Wartezeit entfällt, wenn die Krankheit oder der medizinische Eingriff ausschließlich durch einen Unfall verursacht wurde.
- 9 Pflichten der versicherten Person, wenn ein Leistungsfall eintritt**
- 9.1** Die Diagnose muss durch den entsprechenden Facharzt im Sinne der Ziffer 6 dieser Besonderen Bedingungen nachgewiesen werden.
- 9.2** Sie müssen Ihren Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme für schwere Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten nach erstmaliger ärztlicher Feststellung schriftlich bei uns geltend machen. Ihrem Antrag muss ein von dem entsprechenden Facharzt ausgestelltes Attest über den Eintritt der Erkrankung beigefügt sein. Auf Wunsch stellen wir Ihnen einen Attestvordruck zur Verfügung.
- 10 Bezugsberechtigung**
Wenn die versicherte Person nach Ablauf von 14 Tagen nach ärztlicher Feststellung der Diagnose oder dem medizinischen Eingriff verstirbt und ein Leistungsanspruch besteht, wird die vereinbarte Versicherungssumme an die Erbberechtigten ausgezahlt.
- U 806 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 500 %**
Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach der Gliedertaxe der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelt.
Diese AUB werden für Ihren Vertrag wie folgt ergänzt:
- 1** Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2** Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditätsgrad	Leistung*	Invaliditätsgrad	Leistung*
1 – 25 %	1 – 25 %	63 %	204 %
26 %	28 %	64 %	212 %
27 %	31 %	65 %	220 %
28 %	34 %	66 %	228 %
29 %	37 %	67 %	236 %
30 %	40 %	68 %	244 %
31 %	43 %	69 %	252 %
32 %	46 %	70 %	260 %
33 %	49 %	71 %	268 %
34 %	52 %	72 %	276 %
35 %	55 %	73 %	284 %
36 %	58 %	74 %	292 %
37 %	61 %	75 %	300 %
38 %	64 %	76 %	308 %
39 %	67 %	77 %	316 %
40 %	70 %	78 %	324 %
41 %	73 %	79 %	332 %
42 %	76 %	80 %	340 %
43 %	79 %	81 %	348 %
44 %	82 %	82 %	356 %
45 %	85 %	83 %	364 %
46 %	88 %	84 %	372 %
47 %	91 %	85 %	380 %
48 %	94 %	86 %	388 %
49 %	97 %	87 %	396 %
50 %	100 %	88 %	404 %
51 %	108 %	89 %	412 %
52 %	116 %	90 %	420 %
53 %	124 %	91 %	428 %
54 %	132 %	92 %	436 %
55 %	140 %	93 %	444 %
56 %	148 %	94 %	452 %
57 %	156 %	95 %	460 %
58 %	164 %	96 %	468 %
59 %	172 %	97 %	476 %
60 %	180 %	98 %	484 %
61 %	188 %	99 %	492 %
62 %	196 %	100 %	500 %

* der im Versicherungsschein dokumentierten Grundversicherungssumme

U 810 Besondere Bedingungen für Schmerzensgeld – Premium – bei bestimmten Verletzungen

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1** Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) erlitten, der zu einer der unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Gesundheitschädigung geführt hat.
- 1.2** Das Vorliegen einer unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen genannten Verletzung muss uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen werden.
- 1.3** Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auch Schmerzensgeld.
- 1.4** Der Anspruch auf Schmerzensgeld entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er muss innerhalb von drei Monaten nach ärztlicher Feststellung geltend gemacht werden und erlischt nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.

2 Art und Höhe der Leistung

2.1 Wir erbringen die Leistung gemäß der unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Schmerzensgeldtabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – nach dem in der Tabelle festgelegten Betrag der für Schmerzensgeld versicherten Summe.

2.2 Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die in der Tabelle der höchste Betrag festgelegt ist.

2.3 Die unter Ziffer 4 dieser Besonderen Bedingungen angegebenen Beträge basieren auf einer Grundversicherungssumme von 6.000 EUR. Würde mit uns eine höhere Summe vereinbart, erhöhen sich die Entschädigungsbeträge im gleichen Verhältnis.

2.4 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, ist die Höchstleistung für die jeweilige Gesundheitschädigung aus allen Verträgen zusammen auf die 4-fache Leistung begrenzt.

3 Sonstige Bestimmungen

3.1 Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachses von Leistung und Prämie nicht teil.

3.2 Die Versicherung des Schmerzensgeldes endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

3.3 Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2, 10.3 und Ziffer 10.4 AUB selbständig gekündigt werden.

4 Schmerzensgeldtabelle

Frakturen

Frakturen im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten). Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysensprengungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und –absprengungen.

Nicht versichert sind Zahnfrakturen.

Für Re-Frakturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Band- und Sehnenrupturen

Band- und Sehnenrupturen im Sinne dieser Besonderen Bedingungen sind vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teiltraktionen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse.

Für Re-Rupturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

4.1 Kopfverletzungen

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Schädeldachfraktur ohne Hirnbeteiligung	500 EUR	1.000 EUR
Gesichtsschädelfraktur ohne Nasenbein	500 EUR	1.000 EUR
Schädelhirntrauma dritten Grades (SHT III °)	6.000 EUR	
Schädelhirntrauma zweiten Grades (SHT II °)	1.500 EUR	

4.2 Augenverletzungen

Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges	6.000 EUR
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	800 EUR

4.3 Obere Gliedmaßen (ohne Hände)

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur		
Fraktur großer Oberarmhöcker (Tuberculum majus)	1.000 EUR	2.000 EUR
Fraktur kleiner Oberarmhöcker (Tuberculum minus)		
Unterarmschaftfraktur (Speichen- oder Ellenfraktur)	500 EUR	1.000 EUR
Amputation ab Handgelenk	6.000 EUR	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen		500 EUR
– Schulterergelenksprengung Tossy II und Tossy III,		
– Bizepssehnenruptur		
Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teiltraktionen, Muskel- und Muskelfaserrisse		

4.4 Hände

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)	1.000 EUR	2.000 EUR
Mittelhandfraktur	250 EUR	500 EUR
Handwurzelknochenfraktur (Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Erbsenbein, großes und kleines Viereckbein, Kopfbein, Harkenbein)	250 EUR	500 EUR
Daumenfraktur	400 EUR	800 EUR
Zeigefingerfraktur	250 EUR	500 EUR
Frakturen der übrigen Finger	150 EUR	300 EUR
Vollständige Zerreißen von Streck- oder Beuge-sehnen	250 EUR	
Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teiltraktionen, Muskel- und Muskelfaserrisse		
Vollständiger Verlust des Daumens im Grundgelenk	1.500 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Endgelenk	800 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Grundgelenk	1.000 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Mittelgelenk	750 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Endgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Grundgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Mittelgelenk	300 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Endgelenk	200 EUR	

4.5 Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein)

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Fraktur eines Wirbelkörpers	500 EUR	1.000 EUR
Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern	1.500 EUR	3.000 EUR
Rückenmarksverletzung mit kompletter Querschnittslähmung	6.000 EUR	
Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittslähmung	3.000 EUR	

4.6 Becken (ohne Kreuz- und Steißbein)

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Typ 1 Stabile Beckenringfrakturen, z. B. isolierte, einseitige aber auch beidseitige nicht dislozierte vordere Beckenringfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Typ 2 und 3 Beckenringfrakturen mit Instabilität, z. B. Dislozierte doppel-seitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF Sprengung etc.	2.000 EUR	4.000 EUR

4.7 Untere Gliedmaßen (ohne Füße)

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberschenkelfrakturen – Oberschenkelhals- und Oberschenkelschaftfraktur	1.500 EUR	3.000 EUR
– Fraktur großer Rollhügel (Trochanter major)		
Unterschenkelfraktur – Wadenbein- oder Schienbeinfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Kniescheibenfraktur	500 EUR	1.000 EUR
Amputationen ab Fußgelenk	6.000 EUR	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen – vordere/hintere Kreuzbandruptur – Innen-/Außenbandruptur – Achilles-/Patellasehnenruptur	800 EUR	

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse

4.8 Füße

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Sprunggelenksfrakturen – Weber B und C – Weber A, Maisonneuve-Fraktur, Pilonfraktur	1.500 EUR 1.300 EUR	3.000 EUR 2.600 EUR
Mittelfußfraktur Fußwurzelfraktur (Sprung-, Fersen-, Kahn-, Keil- und Würfelbein)	400 EUR	800 EUR
Großzehenfraktur	250 EUR	500 EUR

Frakturen der übrigen Zehen	150 EUR	300 EUR
Amputation der Großzehe	500 EUR	
Amputation einer der übrigen Zehen	250 EUR	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen (Innen- und Außenbandrupturen, Syndesmosenruptur)	250 EUR	

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse

4.9 Frakturen (Brüche)

	Ein-/mehrfache Brüche	Offene Brüche
Vollständige Frakturen, die nicht in den Ziffer 4.1 bis 4.8 aufgeführt sind	250 EUR	500 EUR
unvollständige Frakturen gem. Ziffer 4	150 EUR	
vollständige Band- und Sehnenrupturen, die nicht explizit in den Ziffer 4.1 bis 4.8 aufgeführt sind	150 EUR	

4.10 Verbrennungen

Verbrennungen ab 3. Grades von mindestens 10% der Körperoberfläche	3.000 EUR
Verbrennungen ab 2. Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche	2.600 EUR
Verbrennungen ab 3. Grades von mindestens 50% der Körperoberfläche	6.000 EUR

4.11 Innere Verletzungen

Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	500 EUR
Verlust der Milz	1.500 EUR
Verlust einer Niere	3.000 EUR
Verlust beider Nieren	6.000 EUR

4.12 Sonstige Unfallfolgen

Vollständiger Verlust der Stimme	6.000 EUR
Vollständiger Hörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	6.000 EUR

U 811 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurkostenbeihilfe

Die Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen wird wie folgt erweitert:

1 Was sind Kuren?

Kuren sind medizinische Vorsorgeleistungen im Sinne des § 23 SGB V (Sozialgesetzbuch). Rehabilitationsmaßnahmen sind Leistungen, die

- die Unfallfolgen heilen,
- ihre Verschlimmerung verhüten,
- die Unfallbeschwerden lindern,
- eine Behinderung oder eine Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, eine Verschlimmerung verhüten bzw. deren Folgen mildern.

2 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat wegen des Unfalles

- innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, eine stationäre Kur durchgeführt
- die Kur war medizinisch notwendig und ärztlich verordnet
- für die Einrichtung liegt ein Versorgungsvortrag nach § 111 SGB V vor

– die Rehabilitationsmaßnahmen waren überwiegend zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlich.

3 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen folgende Kosten bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für

- den Eigenanteil, der Ihnen von Ihrem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger oder der Kureinrichtung in Rechnung gestellt wird.
- nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückfahrt zur Kureinrichtung bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln 2. Klasse.
- sonstige nachgewiesene Kosten für Medikamente, Hilfs- und Heilmittel, soweit diese während der Kur ärztlich verordnet wurden.

– Kosten für die Unterbringung des Lebenspartners während der Kur für bis zu drei Übernachtungen, bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr für die Unterbringung eines Erziehungsberechtigten für bis zu sechs Übernachtungen, in der Kureinrichtung oder einem nahegelegenen Hotel bis Kategorie 3 (Übernachtung/Frühstück).

4 Leistungsausschlüsse

Ein Anspruch auf Kurkostenbeihilfe besteht nicht für

- Kuren außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
- Kuren zur Behandlung krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden
- Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 39 und/oder 40 SGB V.

5 Sonstige Bestimmungen

5.1 Wir ersetzen die Kosten nur, sofern kein anderer Ersatzpflichtiger die Kosten übernimmt. Ersetzt dieser Kostenträger nur einen Teil der Kosten, können Sie die verbleibenden Kosten bei uns geltend machen. Wir erstatten die Kosten nur gegen Vorlage von Originalrechnungen und der ärztlichen Verordnung, soweit diese nach den obigen Bestimmungen erforderlich ist.

5.2 Die Kurkostenbeihilfe nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.

5.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen kann die Kostenerstattung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden. Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

U 813 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie um 5%

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Prämien angepasst werden.

1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5% zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall und die prämienschuldig versicherten kosmetischen Operationen auf volle 500 EUR,
- für die Rente (inkl. JuniorSchutz PLUS) auf volle 50 EUR,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Gengeld auf volle 0,50 EUR.

Die in dieser Aufzählung nicht genannten Leistungsarten nehmen an einer Anpassung von Summen und Prämie nicht teil.

3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

4 Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Da diese aufgerundet werden (siehe Ziffer 2), kann der

Prozentsatz der Prämienhöhung über dem liegen, der sich aus Ziffer 1 ergibt.

- 5 Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Zusatzvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.
- 7 Die Erhöhung der Versicherungssummen und der Prämie entfällt mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet

U 817 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Bonus-Unfallhilfe

1 Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person erleidet durch einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall eine der unter Ziffer 3 genannten Verletzungen.

2 Art, Höhe und Dauer der Leistungen:

Sie erhalten monatlich 1/12 des unter Ziffer 3 für die jeweilige Verletzung genannten Betrages für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens jedoch für 12 volle Kalendermonate. Bei Mehrfachverletzungen gilt der Betrag der am höchsten taxierten Einzelverletzung.

Für den Nachweis der Verletzung und der Dauer der ärztlichen Behandlung stellen wir Ihnen einen Attestvordruck zur Verfügung.

3 Verletzungen und Höhe der Leistungen:

Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks	6.000 EUR
Amputation des ganzen Fußes oder der ganzen Hand	6.000 EUR
Schädelhirntrauma III. Grades	6.000 EUR
Schädelhirntrauma II. – III. Grades	3.000 EUR
Bruch eines langen Röhrenknochens oder Frakturen an Gliedmaßen mit Gelenkbeteiligung (ohne Finger und Zehen)	3.000 EUR
Wirbelkörper- und Beckenbrüche	3.000 EUR
Verbrennungen II. – III. Grades von mindestens 30 % der Körperoberfläche	3.000 EUR
Erbblindung oder Verlust eines Auges	3.000 EUR
Erbblindung oder Verlust beider Augen	6.000 EUR
Vollständiger Hörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	6.000 EUR
Vollständiger Verlust der Stimme	6.000 EUR
Verbrennungen III. Grades von mindestens 50 % der Körperoberfläche	6.000 EUR

Die unter Ziffer 3 angegebenen Beträge basieren auf einer Grundversicherungssumme von 6.000 EUR. Wurde mit uns eine höhere Summe vereinbart, erhöhen sich diese Entschädigungsbeträge im gleichen Verhältnis.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, ist die Höchstleistung für die Bonus-Unfallhilfe aus allen Verträgen zusammen auf maximal 1.000 EUR pro Monat (jährlich 12.000 EUR) begrenzt.

Die Versicherungssumme für die Bonus-Unfallhilfe nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.

U 822 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten und Serviceleistungen

- 1 Wir ersetzen nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

- 2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
 - 3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten versicherten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
 - 4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Auf Wunsch der versicherten Person organisieren wir innerhalb von 72 Stunden einen Rücktransport.
 - 5 Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstatten wir die zusätzlich entstehenden Kosten für:
 - 5.1 die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
 - 5.2 die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits eine Pflegestufe zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
 - 5.3 den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 250 EUR begrenzt.
 - 5.4 für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 100 EUR begrenzt.
- Voraussetzung für diese Kostenerstattungen sind ein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens 5 Tagen am Unfallort bzw. dem nächstgelegenen Krankenhaus, sowie eine Mindestentfernung vom Wohnsitz der versicherten Person von 150 km.
- 6 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Kosten für die Heimreise oder Unterbringung folgender mitreisender Personen:
 - der/die Ehepartner/in der versicherten Person
 - minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder der versicherten Person
 - der/die Lebensgefährtin/e in der versicherten Person, sofern diese/r mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie dessen minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder
 - minderjährige Enkelkinder der versicherten Person.
 - 7 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
 - 8 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
 - 9 **Behindertengerechte Erleichterungen bei Invalidität**

Besteht aufgrund eines Unfalles und nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades eine Minderung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, wodurch

 - der behindertengerechte Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person

- ein Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz
 - der Umbau des Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug
 - die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes
 - eine behindertengerechte Fortbildung, wie Gebärdensprache oder Blindenschrift
- erforderlich ist, erhalten Sie einen Kostenzuschuss bis zu 50 % der Gesamtkosten, maximal aber 10.000 EUR. Diese Maßnahmen werden innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Unfalls bei uns geltend gemacht und durchgeführt, bzw. bei Umbaumaßnahmen begonnen.

10 Medizinische Hilfsmittel

Wir ersetzen die Kosten für Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenfahrstühle, die innerhalb von drei Jahren aufgrund des versicherten Unfalls angeschafft werden und als medizinisch notwendige Hilfsmittel ärztlich verordnet wurden.

11 Reparatur von Prothesen

Falls infolge eines versicherten Unfalls Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR.

12 Taxifahrten

Kosten von Taxifahrten, die zur unfallbedingten, ambulanten Weiterbehandlung erfolgen, werden bis zu einer Summe von insgesamt 250 EUR übernommen. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Taxikosten durch Vorlage der Belege fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

13 Höhe der Leistungen

Die Höhe aller vorgenannten Leistungen zusammen ist insgesamt auf den in Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

14 Voraussetzungen für die Leistungen

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankensversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und Verordnung nachgewiesen werden.

15 Reha-Management

Führt ein Unfall zur Berufsunfähigkeit, vermitteln wir einmalig ein kostenloses Beratungsgespräch mit einem Rehabilitationsdienst. Unter Berufsunfähigkeit ist eine ärztlich bestätigte und dauerhafte Beeinträchtigung der Berufsausübung zu verstehen.

16 Die Versicherungssumme für die Bergungskosten und Serviceleistungen nimmt an einer planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen und Prämie (Dynamik) nicht teil.

U 823 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 Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Sie sind verpflichtet, uns nach Erhalt eines Fragebogens innerhalb eines Monats, die Anzahl der im abgelaufenen Versicherungsjahr versicherten Personen aufzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für das abgelaufene Versicherungsjahr und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen 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 und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigungen oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Prämie geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

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 AUB)

3.1 Wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen innerhalb eines Monats nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst ist. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

U 824 Besondere Bedingungen für Unfälle als Fluggast

(gilt nur für Gruppen-Unfallversicherung)

Diese Besonderen Bedingungen sind gemäß Versicherungsschein/Nachtrag Vertragsbestandteil.

1 Eingeschlossen sind Unfälle, die der versicherten Person als Fluggast (nicht Luftfahrzeugführer) in einem Propeller- oder Strahlflugzeug, Hubschrauber, Segelflugzeug, Ultraleichtflugzeug oder Ballon zustoßen. Versicherungsschutz besteht je versicherte Person in Höhe der vereinbarten Versicherungssummen; die Höchstleistung beträgt jedoch für jede versicherte Person

2.000.000,00 EUR für den Invaliditätsfall (einschl. Mehrleistung gemäß progressiver Invaliditätsstaffel)

1.000.000,00 EUR für den Todesfall

30.000,00 EUR für kosmetische Operationen

5.000,00 EUR für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen

20.000,00 EUR für Bergungskosten und Serviceleistungen

3.000,00 EUR für die monatliche Unfall-Rente

200,00 EUR für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld

200,00 EUR für Tagegeld

250,00 EUR für Verdienstausschlag

24.000,00 EUR für Schmerzensgeld.

Bestehen für die versicherte Person bei der Basler Gruppe Deutschland weitere Unfallversicherungen, so gelten die vorstehenden Höchstleistungen für alle Versicherungen zusammen (ausgenommen hiervon sind spezielle Luftfahrt-Unfallversicherungen).

2 Benutzen mehrere durch diesen Versicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Luftfahrzeug, so beträgt die Höchstleistung für diese Personen insgesamt

20.000.000,00 EUR für den Invaliditätsfall (einschl. Mehrleistung gemäß progressiver Invaliditätsstaffel)

10.000.000,00 EUR für den Todesfall

300.000,00 EUR für kosmetische Operationen

50.000,00 EUR für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen

200.000,00 EUR für Bergungskosten und Serviceleistungen

30.000,00 EUR für die monatliche Unfall-Rente

2.000,00 EUR für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld

2.000,00 EUR für Tagegeld

2.500,00 EUR für Verdienstausschlag

240.000,00 EUR für Schmerzensgeld.

Übersteigen die vereinbarten Versicherungssummen (einschl. Mehrleistungen) für die betreffenden versicherten Personen die vorstehenden Höchstleistungen, ermäßigen sich die für die einzelne versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen (einschl. Mehrleistungen) im entsprechenden Verhältnis. Die Entschädigungsleistung je einzelne versicherte Person ist dabei in jedem Fall auf die Höchstleistung gemäß Absatz 1 begrenzt.

3 Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient. Auf den Ausschluss von anderen Luftfahrtunfällen nach den Bestimmungen der Ziffer 5.1.4 AUB wird hingewiesen.

U 825 Besondere Bedingungen für den Direktanspruch

(gilt nur für Gruppen-Unfallversicherung)

Es wird eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung) abgeschlossen. Abweichend von den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) gilt:

1 Die versicherten Personen können Ansprüche auf Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung auch direkt bei uns geltend machen. Wir leisten an die versicherte Person.

2 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über den vereinbarten Direktanspruch.

U 826 Besondere Bedingungen für den Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder

1 Der Vorsorgeschutz gilt:

a) für den Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn Sie oder eine versicherte Person nach Vertragsabschluss heiraten oder eine Lebenspartnerschaft begründen;

b) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss geborene Kind;

c) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss adoptierte Kind, solange dieses bei der Adoption das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2 Den Vorsorgeschutz gewähren wir für die Dauer eines Jahres ab Eheschließung, Begründung der Lebenspartnerschaft, Geburt bzw. Adoption.

3 Den Vorsorgeschutz gewähren wir auch für Kinder, die der Ehe- oder Lebenspartner mit in die Partnerschaft bringt, sofern die Kinder bei der Eheschließung bzw. Partnerschaftsgründung das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im gemeinsamen Haushalt der Eheleute bzw. Lebenspartner leben.

4 Die Versicherungssummen betragen:

Für den Invaliditätsfall ohne Progression	60.000 EUR
Für den Todesfall	20.000 EUR
Für das Unfall-Krankenhaustagegeld	20 EUR
Für das Genesungsgeld	20 EUR
Für Bergungskosten und Serviceleistungen	10.000 EUR

U 830 Besondere Bedingungen für die vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose und die Verbessering einer Vorschusszahlung

Die Ziffer 9.3.1 der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt geändert:

1 Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht

2 Wir zahlen nach einem Unfall die vereinbarte Invaliditätsleistung vor Ablauf des Heilverfahrens, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht und folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind:

– Verlust von Gliedmaßen,

– Verlust von nachfolgend genannten inneren Organen: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dick-, Dünn-, und Enddarm,

– Schulter-, Ellenbogen- Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenkersatz.

U 831 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 350%

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach der Gliedertaxe der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelt.

Diese AUB werden für Ihren Vertrag wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Invaliditätsgrad	Leistung*	Invaliditätsgrad	Leistung*
1 – 25 %	1 – 25 %	63 %	127 %
26 %	27 %	64 %	131 %
27 %	29 %	65 %	135 %
28 %	31 %	66 %	139 %
29 %	33 %	67 %	143 %
30 %	35 %	68 %	147 %
31 %	37 %	69 %	151 %
32 %	39 %	70 %	155 %
33 %	41 %	71 %	159 %
34 %	43 %	72 %	163 %
35 %	45 %	73 %	167 %
36 %	47 %	74 %	171 %
37 %	49 %	75 %	175 %
38 %	51 %	76 %	182 %
39 %	53 %	77 %	189 %
40 %	55 %	78 %	196 %
41 %	57 %	79 %	203 %
42 %	59 %	80 %	210 %
43 %	61 %	81 %	217 %
44 %	63 %	82 %	224 %
45 %	65 %	83 %	231 %
46 %	67 %	84 %	238 %
47 %	69 %	85 %	245 %
48 %	71 %	86 %	252 %
49 %	73 %	87 %	259 %
50 %	75 %	88 %	266 %
51 %	79 %	89 %	273 %
52 %	83 %	90 %	280 %
53 %	87 %	91 %	287 %
54 %	91 %	92 %	294 %
55 %	95 %	93 %	301 %
56 %	99 %	94 %	308 %
57 %	103 %	95 %	315 %
58 %	107 %	96 %	322 %
59 %	111 %	97 %	329 %
60 %	115 %	98 %	336 %
61 %	119 %	99 %	343 %
62 %	123 %	100 %	350 %

* der im Versicherungsschein dokumentierten Grundversicherungssumme

U 832 Besondere Bedingungen für den Basler RehaSchutz

Nach einer schweren Unfallverletzung (gemäß Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen) ist es oft schwer sich wieder in den Alltag zu integrieren. Sei es zur Genesung die richtigen Ärzte oder Therapien zu finden oder sich auf ein neues Leben mit einer dauerhaften Behinderung einzustellen. Die richtigen Ansprechpartner im Gesundheitsbereich zu finden ist eine zusätzliche Belastung. Hierbei wird der versicherten Person ein fachlich kompetenter Reha-Manager helfen, welcher mit Rat und Tat zu allen gesundheitlichen und therapeutischen Möglichkeiten zur Seite steht.

Detaillierte Leistungen hierzu finden Sie unter Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingungen.

- 1 Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen erlitten, der zu einer der nachfolgenden schweren Verletzung geführt hat:
 - Schädelhirntrauma mindestens II. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
 - vollständiger Verlust der Stimme
 - vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)
 - vollständige Erblindung oder Verlust eines Auges
 - komplette Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittlähmung
 - Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern
 - Beckenringfrakturen Typ 2 und 3 mit Instabilität, z. B. dislozierte (disloziert = verschoben oder verlagert) doppelseitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF Sprengung etc.
 - Oberschenkelhals- und Oberschenkelchaftfraktur
 - Wadenbein- oder Schienbeinfraktur
 - Amputationen ab Fußgelenk
 - vordere oder hintere Kreuzbandruptur
 - Achillessehnenruptur
 - Sprunggelenksfrakturen Weber B (Fraktur auf Höhe der Syndesmose, Syndesmose intakt oder rupturiert) und C (Fraktur oberhalb der Syndesmose, Syndesmose auf jeden Fall verletzt)
 - Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)
 - Amputation ab Handgelenk
 - Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur
 - Schulterreckgelenksprengung Tossy III (Kompletttraktur der gesamten schulterstabilisierenden Bandstrukturen)
 - Verbrennungen ab II. Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche
 - Verbrennungen ab III. Grades von mindestens 10% der Körperoberfläche
 - Verlust einer Niere

2 Umfang der Leistungen

Wir übernehmen die Kosten für den Reha-Manager, die aufgrund des Versicherungsfalles erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, bis zu einem Gesamtbetrag von 50.000 EUR und einer Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag.

Der Basler RehaSchutz beinhaltet folgende Leistungen:

- 2.1 Medizinische Reha-Beratung

Nach dem Versicherungsfall nimmt der Reha-Manager Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person zu klären. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen

verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34, VII. Buch Sozialgesetzbuch zur Anwendung.

Unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten wird die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten. Die Verlegung in eine geeignete Fachklinik, die anschließende Aufnahme in eine geeignete Reha-Einrichtung oder ambulante Alternativen werden vorgeschlagen. Hierzu werden alle organisatorischen Maßnahmen wie Terminvereinbarung und Transport übernommen.

2.2 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Reha-Maßnahmen werden mit der versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimalen Pflege- und Betreuungskonzepte zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abgestimmt.

Auch in der häuslichen Umgebung unterstützt der Reha-Manager wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen, des erforderlichen Pflegeumfanges und notwendiger und zweckmäßiger Pflegehilfsmittel.

2.3 Mobilitätssicherung

Der Reha-Manager berät über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität über geeignete Hilfsmittel, wie z. B.: Rollstuhl oder Rollator.

2.4 Reha-Management speziell für Kinder

Insbesondere sind hier die Vermittlung und Organisation von kindgerechten Therapieangeboten selbstverständlich. Im Einzelfall werden die Kontakte zu den pädiatrischen Zentren genutzt. Der Reha-Manager kümmert sich auch um die Vermittlung von Spezialkliniken und ambulanten Therapien bis hin zur Terminvereinbarung für stationäre Aufenthalte und steht bei Anschlusstherapien unterstützend zur Seite.

Die schulischen und sozialen Belange des Kindes und der Familie werden in die Planung miteinbezogen.

Im ambulanten Bereich wird der Reha-Manager bei der Auswahl geeigneter Therapien und Therapeuten (z. B. Logopädie, Hippotherapie, Delphinterapie) unterstützen und beraten.

2.4.1 Pflegeberatung

Ziel ist die optimale Pflege und Betreuung des Kindes. Durch medizinische Beratung des Reha-Managers erhält das Kind bzw. die Eltern oder Erziehungsberechtigten Empfehlungen zum Pflegeumfang, für die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und Betreuungspflege.

Bei Bedarf wird eine Neuorganisation der Pflegesituation empfohlen. Hierzu gehört:

- die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte
- die Vermittlung von Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Kostenvergleichen
- die Vermittlung von Pflegehilfsmittelversorgung
- Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte
- die Unterstützung gegenüber der Pflegekasse und dem MdK (medizinischer Dienst der Krankenversicherer)

Insbesondere bei beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen bietet der Reha-Manager individuelle Unterstützung bis hin zur Unterbringung in speziellen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche an.

3 Allgemeine Hinweise

- 3.1 Bestehen bei den Basler Versicherungen mehrere Verträge zum Basler RehaSchutz oder gleichartiger Versicherungsschutz, können aus all diesen Verträgen zusammen maximal 150.000 EUR für den Versicherungsfall verlangt werden.

- 3.2** Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzu-treten hat (Krankenversicherer, Unfallverur-sacher und dergleichen), kann der Leistungs-ananspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forde-rungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- 3.3** Die in diesen Besonderen Bedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversiche-ter, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und der Verordnung nachgewiesen werden.
- 3.4** Der Basler RehaSchutz nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.
- 3.5** Die Leistungen werden nur in der Bundesre-publik Deutschland erbracht.

U 833 Besondere Bedingungen für den Basler PhysioSchutz

Nach einer schweren Unfallverletzung (gemäß Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen) den richtigen Arzt oder die richtige Therapie zu finden um schnell wieder gesund zu werden ist oftmals schwer. Die Krankenkassen übernehmen nicht jede Therapie, welche zum Erfolg führen kann oder leisten nur anteilig dafür. Wir wollen hierbei unterstützen und übernehmen vom Arzt empfohlene Therapien gemäß Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingun-gen über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

- 1** Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß der dem Vertrag zugrunde liegenden Versi-cherungsbedingungen erlitten, der zu einer der nachfolgenden schweren Verletzung geführt hat:
- Schädelhirntrauma mindestens II. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprel-lung (Contusion) oder Hirnblutung
 - vollständiger Verlust der Stimme
 - vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)
 - vollständige Erblindung oder Verlust eines Auges
 - komplette Querschnittlähmung nach Schäd-igung des Rückenmarks
 - Rückenmarksverletzung mit inkompletter Querschnittlähmung
 - Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern
 - Beckenringfrakturen Typ 2 und 3 mit Insta-bilität, z.B. dislozierte (disloziert = ver-schoben oder verlagert) doppelseitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysen-sprengung oder ISF Sprengung etc.
 - Oberschenkelhals- und Oberschenkelchaft-fraktur
 - Wadenbein- oder Schienbeinfraktur
 - Amputationen ab Fußgelenk
 - vordere oder hintere Kreuzbandruptur
 - Achillessehnenruptur
 - Sprunggelenksfrakturen Weber B (Fraktur auf Höhe der Syndesmose, Syndesmose intakt oder rupturiert) und C (Fraktur ober-halb der Syndesmose, Syndesmose auf jeden Fall verletzt)
 - Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)
 - Amputation ab Handgelenk
 - Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur
 - Schulterreckgelenksprengung Tossy III (Kom-plettruptur der gesamten schulterstabilisie-renden Bandstrukturen)

- Verbrennungen ab II. Grades von mindes-tens 20% der Körperoberfläche
- Verbrennungen ab III. Grades von mindes-tens 10% der Körperoberfläche
- Verlust einer Niere

2 Umfang der Leistungen

Wir übernehmen für nachfolgende Therapien und Behandlungen, die aufgrund des Ver-sicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträ-gern übernommen werden, die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 5.000 EUR und einer Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag.

- 2.1** Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung
Unter einem ärztlichen Zweitbefund (auch ärztliche Zweitmeinung oder second opini-on genannt) versteht man die zweite Begut-achtung eines ärztlichen Erstbefundes, z. B. durch einen Spezialisten. Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.
- 2.2** Fachärzte/Spezialisten
Für zusätzliche Beratungen oder Behandlun-gen durch Fachärzte oder Spezialisten, deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernom-men werden, da sie z. B. nur Privatpatienten behandeln, übernehmen wir Kosten bis zu 1.000 EUR.
- 2.3** Psychologische Unterstützung (auch für im Haushalt lebende Angehörige 1. Grades)
Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.
- 2.4** Für ärztlich empfohlene besondere Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir zusätzlich Kosten bis insgesamt 3.500 EUR je Versicherungsfall. Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 20% je Therapie oder Behandlungsmethode.
Hierzu zählen:
- 2.4.1** erweiterte Physiotherapie/Krankengymnas-tik (inkl. Massage und Fango)
Der Physiotherapeut versucht gemeinsam mit dem Patienten Fähigkeiten wiederherzustel-len oder ihm neue zu lehren, die es ermög-lichen, am täglichen Leben teilzunehmen, obwohl er körperlich beeinträchtigt ist.
- 2.4.2** Logopädie
Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diag-nose und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Diese Störungen sind bei Erwachsenen oft durch Schädigungen des Gehirns bedingt, wie z. B.: ein Schädel-Hirn-Trauma.
- 2.4.3** Akupunktur
Die Akupunktur wird eingesetzt um ggf. Schmerzfreiheit und Verbesserung behin-derter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhafte Rela-tionsstörungen behandeln lassen.
- 2.4.4** Chirotherapie
Die Chirotherapie beschäftigt sich mit Störun-gen der Funktion (auch Blockaden genannt) des Bewegungsapparates, speziell der Wir-belsäule. Durch chirotherapeutische Hand-griffe lassen sich vorübergehende Verschie-bungen und Fehlstellungen der Wirbelsäule und der Gelenke lösen, die Schmerzen, Bewe-gungseinschränkungen und Verspannungen der Muskulatur verursachen.
- 2.4.5** Osteopathie
Bei der Behandlung folgt der Osteopath mit den Händen den Richtungen und Bewegun-gen der Faszien (Bindegewebe) und löst Ver-spannungen und Blockaden. Das kann am Knie, am Rücken aber auch am Bauch sein. So versucht der Osteopath, mit verschiedensten manuellen Techniken den Selbstheilungspro-zess des Körpers anzustoßen.

- 2.4.6** Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht-operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (= extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt. Auch bei Schmerzen und Funkti-onsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkungen zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzun-gen, Krämpfe und Zerrungen. Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit ver-zögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.
- 2.4.7** Ergotherapie
Je nach Krankheitsbild werden unterschied-liche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaß-nahmen sind zum Beispiel:
- das Trainieren und Vorbereiten von körperl-ichen Bewegungsabläufen;
 - das Trainieren von Kraft, Beweglichkeit, Aus-dauer und Koordination mit dem Schwer-punkt Rumpf (= der Leib ohne Kopf und Gliedmaßen). Auf diese Weise können Bewegungseinschränkungen ausgeglichen oder gänzlich behoben werden.
 - Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anzie-hen, Trainieren von Essen, Schlucken, Trin-ken;
 - Trainieren des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstruk-turierung, Umgang mit Medikamenten, und vieles mehr;
 - das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahr-nehmung, der Konzentration, des Gedäch-tnisses und der Ausdauer;
 - das Trainieren des Gehirns zum Beispiel bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns;
 - das Beraten und Anleiten der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten.
- 2.4.8** traditionelle chinesische Medizin (TCM)
Heilmethoden in der TCM sind unter anderem Akupunktur, Kräutermedizin, Moxibustion (Erwärmung von speziellen Punkten des Kör-pers), Schröpfen und Massagen. Aber auch die Ernährung und die Lebensführung spielen eine wichtige Rolle in der TCM-Therapie.
- 2.4.9** Schmerztherapie
Unter dem Begriff Schmerztherapie werden alle therapeutischen Maßnahmen zusamen-gefasst, die zu einer Reduktion von Schmerz führen. Hierzu gehören medikamentöse, physio-therapeutische und psychotherapeutische Schmerzbehandlungen.
- 2.4.10** Lymphdrainage
Bei der Lymphdrainage handelt es sich um eine besondere Art der Massage, bei der durch eine rhythmische Folge von verschiedenen Spezialgriffen der Abtransport der Lymph-flüssigkeit aus dem Körpergewebe geför-dert werden soll. Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.
- 2.4.11** Enzymtherapie
Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z. B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerin-nung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoffwechselvorgän-ge beeinflussen, eine therapeutische und vor-beugende Wirkung auf verschiedene Krankhei-ten ausgeübt.
- 2.4.12** Wir beteiligen uns auch an weiteren/anderen Therapiebehandlungen oder -formen, die hier nicht aufgeführt sind, aber von Krankenkassen (gesetzliche oder private) zumindest anteilig übernommen werden.

3 Allgemeine Hinweise

- 3.1 Bestehen bei den Basler Versicherungen mehrere Verträge zum Basler PhysioSchutz oder gleichartiger Versicherungsschutz, können aus all diesen Verträgen zusammen maximal 15.000 EUR für den Versicherungsfall verlangt werden.
- 3.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- 3.3 Die in diesen Besonderen Bedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und der Verordnung nachgewiesen werden.
- 3.4 Der Basler PhysioSchutz nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.
- 3.5 Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Besonderen Bedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung für das Taxi- und Mietwagengewerbe

Inhaber eines Taxi- oder Mietwagen-Unternehmens, Taxizentralen und Verbände können für ihre angestellten Fahrer, einschl. Saison- und Aushilfsfahrer, diese Unfallversicherung beantragen.

Voraussetzung ist, dass die Fahrer eine gültige Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nach § 15 d der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) haben. Die Person ist Angestellter eines Taxi- oder Mietwagen-Unternehmens oder als selbst-ständigiger Taxi- oder Mietwagenfahrer/in tätig.

Versicherungsnehmer ist das Taxi- oder Mietwagen-Unternehmen, die Taxizentrale oder der Verband, es müssen alle vorhandenen Konzessionen versichert werden. Der Versicherungsschutz besteht für die Fahrer der Taxen bzw. Mietwagen während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit.

Im Leistungsfall muss der Versicherungsnehmer nachweisen, dass die verletzte Person als Mitarbeiter in seinem Unternehmen tätig ist. Auf Verlangen sind Personal- oder Lohnlisten zur Verfügung zu stellen.

Ändert sich die Anzahl der Konzessionen, ist dies spätestens zum Ende des laufenden Quartals anzuzeigen. Ab Beginn des folgenden Quartals wird die neue Prämie – entsprechend der neuen Gesamtzahl der Konzessionen – fällig. Für neu hinzukommende Konzessionen gilt prämienfreier Versicherungsschutz bis zum Beginn des nächsten Quartals nach der Anschaffung.

Erweiterung des Versicherungsschutzes:

1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) auch auf Unfälle, die den Fahrgästen der Taxen oder Mietwagen zustoßen. Dies gilt solange die Fahrgäste sich berechtigt im oder am Fahrzeug der Versicherungsnehmerin aufhalten. Die Versicherungssummen für Fahrgäste betragen:

Für den Invaliditätsfall ohne Mehrleistung und Progression 25.000 EUR

Für den Todesfall 10.000 EUR

2 Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen leisten wir eine Einmalzahlung, wenn die versicherte Person – auch ohne dass sie einen Unfall im Sinne der Bedingungen erlitten hat – Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme in der Bundesrepublik Deutschland geworden ist.

Voraussetzung für die Leistung:
Der Raubüberfall oder die Geiselnahme wurde bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und ist dort protokolliert. Auch muss der Raubüberfall oder die Geiselnahme im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit als Taxi- oder Mietwagenfahrer für den Versicherungsnehmer (bzw. dem Konzessionsinhaber) stehen.
Raubüberfall wird definiert als die Entwendung von Eigentum einer Person durch die gewaltsame Überwindung von Gegenwehr oder die Androhung von Gewalt durch eine andere Person (dies bezieht sich auch auf Überfälle, Diebstahl und Taschenraub mit Gewalt, jedoch nicht auf Erpressung und Taschendiebstahl - ohne Gewalt)
Geiselnahme ist die Entführung oder Bemächtigung eines Menschen mit dem gleichzeitigen Raub seiner persönlichen Freiheit und körperlichen Integrität.
Die Einmalzahlung beträgt 2.000 EUR.

Hat die versicherte Person hierbei eine körperliche Verletzung erlitten, die eine ärztliche Behandlung notwendig machten, erhöht sich die Einmalzahlung auf 2.500 EUR. Dies gilt nicht für psychische/ seelische Folgen und Behandlungen. Die Verletzung ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes, ärztliches Bericht nachzuweisen.

3 Führt ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 10% (für die Einstufung gelten die Grundlagen aus Ziffer 2.1 AUB2012) und die versicherte Person verliert aufgrund dieses Unfalles ihre Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung, wird eine Einmalzahlung in Höhe von 1.500 EUR gezahlt.

Die Einmalzahlung beträgt 2.000 EUR.

Datenschutzhinweise / Ermächtigungen zur Datenverarbeitung / konzernweite Werbeklausel

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.basler.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet – unter dem gleichen Link – abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Kunden-Service, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg, Telefon (06172) 12 52 20, Mail: info@basler.de.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei unserem Kunden-Service, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg, Telefon (06172) 12 52 20, Mail: info@basler.de.

Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Basler Versicherungen in Deutschland und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung zur Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung durch die übrigen Unternehmen der Basler Versicherungen in Deutschland

Damit Sie auch von den anderen Unternehmen unserer Gruppe (vgl. Liste im Internet) sowie deren zuständigen Außendienstmitarbeitern in allen Fragen der Finanzdienstleistungen (z. B. Versicherungen, Bauspar- und Baufinanzierungsprodukte, Fonds- und andere Finanzanlagen) umfassend beraten werden können, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift unter den Versicherungsantrag damit einverstanden, dass wir den betreffenden Unternehmen bzw. deren zuständigen Außendienstmitarbeitern die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermitteln.

Übermittelt werden dürfen (einzelne Datenkategorien können gestrichen werden):

- Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf oder vergleichbare Daten);
- Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorde oder vergleichbare Daten).

Gleichzeitig stimmen Sie zu, dass die betreffenden Unternehmen die erhaltenen Daten zur Markt- und Meinungsforschung nutzen.

Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und können ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die im Antrag unter der Rubrik Vorversicherung/weitere Versicherungen/Vorschäden gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben beispielsweise zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten oder im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Spartenspezifischer Hinweis auf das HIS

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Antrages besteht die Möglichkeit, dass wir Ihre Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum sowie Angaben zum Risiko oder zu Häufigkeit und Besonderheiten von Versicherungsfällen an das Hinweis- und Informationssystem (HIS) geben, welches von der informa Insurance Risk+Fraud Prevention GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden unterhalten wird.

Zweck des durch das HIS ermöglichten Informationsaustausches ist die Unterstützung der Risikobeurteilung bei Versicherungsanträgen, der Sachverhaltsaufklärung bei Versicherungsfällen unter Rückgriff auf frühere Schadenfälle sowie die Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Die Daten werden daher zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Sie einen Versicherungsantrag stellen oder einem Versicherer einen Schadenfall melden, von dem jeweiligen Versicherer abgefragt und genutzt werden. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.informa-irfp.de.

Einwilligungsklausel zur Bonitätsprüfung

Informationen zu dem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Dieser Hinweis erfolgt entsprechend den Vorschriften der §§ 28b Nr. 4 und 33 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über Sie gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Allgemeine Informationen gemäß VVG-Informationspflichtenverordnung

Informationen zum Versicherer

1. Wer ist die Basler Sachversicherungs-AG?

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Straße 4
61345 Bad Homburg
Sitz der Gesellschaft: Bad Homburg v.d.H.
Handelsregister: Amtsgericht Bad Homburg v.d.H.
Registernummer: HRB 9357

2. Wie lautet die ladungsfähige Anschrift der Basler Sachversicherung?

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Straße 4
61345 Bad Homburg

Die Basler Sachversicherungs-AG wird vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch Dr. Jürg Schildknecht – Vorsitzender, Kay Bölke, Markus Jost, Ralf Stankat, Dr. Alexander Tourneau.

3. Worin besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit umfasst den im In- und Ausland unmittelbaren Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens sowie die mittelbare Übernahme privater Versicherungen in allen Zweigen. Ausgenommen ist der unmittelbare Betrieb der Lebens- und Krankenversicherung, soweit gesetzliche Vorschriften dies ausschließen. Die Gesellschaft kann darüber hinaus neben Versicherungsgeschäften nur solche Geschäfte betreiben, die hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Welche wesentlichen Merkmale liegen der Versicherungsleistung zu Grunde?

Diesem Vertrag liegen die im Antrag bzw. Angebot genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbestimmungen und Sondervereinbarungen sowie das Recht der Bundesrepublik Deutschland zu Grunde.

5. Wie gestalten sich die Prämien und deren Zahlungsdauer?

In Ihrem Antrag finden Sie Informationen darüber, für welchen Zeitraum und in welcher Höhe Sie Ihre Prämie zahlen müssen.

Denken Sie bitte daran, dass Sie die Prämie unverzüglich zu zahlen haben, wenn der Zeitpunkt des Versicherungsbegins erreicht ist. Bei verspäteter Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten.

Zahlen Sie eine der weiteren Prämien nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

6. Welche Kosten können zusätzlich bei Abschluss des Versicherungsvertrages anfallen?

Nebengebühren und Kosten (außer den gesetzlichen Abgaben, Mahngebühren sowie den Kosten bei der Nichteinlösung des Lastschriftverfahrens) werden nicht erhoben. Die Ausübung Ihnen vertraglich zustehender Rechte (z. B. Einräumung eines Bezugsrechts, Prämienfreistellung, Kündigung) ist gebührenfrei. Allgemeine Betriebskosten sind ebenfalls mit der Prämienzahlung abgegolten. Der Versicherungsmittler bzw. Versicherungsmakler ist nicht berechtigt, noch irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

7. Welche Einzelheiten bestehen hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise?

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

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Es gilt die im Antrag vereinbarte Zahlungsweise.

8. Ist die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen befristet?

Die beigefügten Informationen, insbesondere die im Angebot/Antrag gemachten Angaben zu Versicherungsumfang und Prämienhöhe, behalten Gültigkeit für 4 Wochen, beginnend ab Zugang des Angebots.

9. Ist die angebotene Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente mit speziellen Risiken behaftet?

Der Ihnen angebotene Versicherungsschutz ist nicht mit speziellen Risiken behaftet.

Informationen zum Vertrag

10. Wie kommt der Vertrag zu Stande?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung der Prämie und der Versicherungssteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsscheines beginnen (vorläufige Deckung), bedarf es einer besonderen Zusage des Versicherers oder der hierzu bevollmächtigten Personen.

11. Besteht ein Widerrufsrecht?

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber der Basler Sachversicherungs-AG, Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg, zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

Das Widerrufsrecht besteht unter anderem nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat sowie bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Bitte beachten Sie auch die gesonderte Belehrung zum Widerrufsrecht, die Ihrem Angebot/Antrag beigelegt ist.

12. Welche Laufzeit hat der Vertrag?

Die Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr verlängert, er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir den Vertrag nicht spätestens drei Monate (in der Kraftfahrtversicherung einen Monat) vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen bereits zum Ende des dritten Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei drei Monate vor Ablauf der ersten drei Jahre Ihrer Vertragslaufzeit zugehen muss.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann von beiden Parteien stets zum Ablauf der Laufzeit gekündigt werden. Die Kündigung muss dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate (in der Kraftfahrtversicherung einen Monat) vor Ablauf vorliegen.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres vom Versicherungsnehmer gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

14. Welche Mitgliedsstaaten der EU werden bei der rechtlichen Grundlage berücksichtigt?

Für diesen Vertrag wird die rechtliche Grundlage der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.

15. Welches Recht oder welches zuständige Gericht wird dem Vertrag zu Grunde gelegt?

Für diesen Vertrag gelten das Recht der Bundesrepublik Deutschland sowie die zu den einzelnen Versicherungsarten gehörenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Sonderbedingungen.

Die vollständige Fassung der für die Versicherungsart geltenden Allgemeinen Bedingungen sowie etwaige Sonderbedingungen sind Ihnen vor Vertragsschluss übergeben worden.

16. In welchen Sprachen werden die Vertragsbedingungen und -informationen sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit mitgeteilt?

Die Vertragsbedingungen, die beigelegten Vorabinformationen zu diesem Angebot und die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

17. Welche Möglichkeiten bestehen für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren?

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Bei Beschwerden über die Basler Sachversicherungs-AG können Sie somit das Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e.V.,
Postfach 080632, 10006 Berlin.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt von der Anrufung des Versicherungsombudsmanns unberührt.

18. Welche Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 3. genannten Aufsichtsbehörde bestehen für Sie?

Für Fragen und Beanstandungen steht Ihnen die Basler Sachversicherung unter folgender Adresse zur Verfügung: Basler Sachversicherungs-AG, Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg v.d.H.

Für den Fall, dass Sie trotz unserer Bemühungen mit unseren Leistungen nicht zufrieden sind, haben Sie die Möglichkeit, sich mit Beschwerden direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden. Deren Adresse ist:

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die Basler Sachversicherungs-AG, Basler Str. 4, 61352 Bad Homburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 61 72 / 12 54 96. E-Mails senden Sie an: info@basler.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/360 der Jahresprämie. Die Höhe der Jahresprämie entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung, aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch hier in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

Falls Sie diese Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsveränderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Antragsteller / Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Basler Sachversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, unter anderem an Druck- und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Basler Sachversicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- > durch die Basler Sachversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- > bei der Weitergabe außerhalb der Basler Sachversicherungs-AG (unter 2.) und
- > wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Basler Sachversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Basler Sachversicherungs-AG

Die Basler Sachversicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Basler Sachversicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.basler.de/Dienstleisterliste eingesehen oder bei der Basler Sachversicherungs-AG, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg, Tel. 06172 / 125-122 oder unter Service@Basler.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Basler Sachversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken), Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und z. B. zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Ort

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der versicherten Personen/en (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)



Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Dienstleisterliste

Die Basler Sachversicherungs-AG hat bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten kommen kann, auf folgende Stellen übertragen:

Unternehmen

Basler Versicherungen AG
Aeschengraben 21
Postfach
CH-4002 Basel

Übertragene Aufgaben

Rechenzentrum, Durchführung PEP- und Embargoscreening

Darüber hinaus arbeiten wir mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen

Adressermittler

Ärzte, Rückversicherer, Berufskundler

Assisteure

Detekteien

Druckdienstleister

IT-Dienstleister

Letter-Shops

Markt- und Meinungsforschungsunternehmen

Mitversicherer

Rechtsanwälte

Übersetzungsbüros

Wirtschaftsauskunfteien

Tätigkeiten

Adressprüfung

Gutachtenerstellung, Schadenaufklärung / Außenregulierung

Assistance- und Rehabilitationsdienstleistungen im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung

Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht

Erzeugung von Druckstücken jeglicher Art

Wartung, Analyse und Beratung

Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen

Durchführung von Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung

Beteiligte Versicherungsunternehmen am versicherten Risiko

Rechtsberatung, gerichtliche und außergerichtliche Interessenvertretung

Übersetzung fremdsprachiger Dokumente

Einholung von Auskünften im Rahmen der Risikoprüfung und Leistungsbearbeitung

SEPA-Lastschriftmandat

Basler Versicherungen
Basler Str. 4
61345 Bad Homburg

Zahlungsempfänger

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Lebensversicherungs-AG

Gläubiger ID: DE87ZZZ00000243328
Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242

Mandatsreferenznummer

Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der nächsten Korrespondenz.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrages oder der Fälligkeit spätestens fünf Kalendertage im Voraus angekündigt.

Vertrags-/Antrags-Nr.:

gilt für alle weiteren Verträge

Angaben zum Kontoinhaber

Firma, Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner

Telefon und Fax

E-Mail-Adresse

IBAN

DE

(BLZ)

(Kontonummer)

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!