

Soweit vereinbart gelten:

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung

Exklusiv Deckung

(UV_BAS_3Ex_201909a, Stand: 01.09.2019)

1. Eigenbewegungen und Sport inkl. Meniskusschäden
2. Strahleneinwirkung
3. Vergiftungen durch gasförmige Stoffe
4. Gesundheitsschäden durch Einatmung, Einnahme schädlicher Stoffe
5. Gesundheitsschäden in Notsituationen
6. Erweiterter Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen
7. Schlaganfälle und Herzinfarkte
8. Erweiterung des passiven Kriegsrisikos
9. Erweiterter Versicherungsschutz für Minderjährige
10. Unfälle bei der Teilnahme an motorisierten Fahrtveranstaltungen
11. Immunklausel
12. Oberschenkelhalsbruch / Oberarmbruch
13. Akute Höhenkrankheit
14. Übernahme von Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer
15. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
16. Helmbonus
17. Fristerweiterung bei Invalidität (Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung)
18. Neubemessung des Invaliditätsgrad
19. Erweiterte und Erhöhte Gliedertaxe
20. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person
21. Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung
22. Doppelte Todesfallsumme
23. Verschollenheit
24. Verlängerter Anspruch für die Todesfallleistung
25. Verlängerte Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes
26. Ambulante Operationen
27. Ambulante Operationen Genesungsgeld
28. Gipsgeld
29. Zahlung eines Komageldes
30. Zahlung eines Pflegegeldes
31. Zahlung von Unfall-Krankenhaustagegeld im Rahmen einer Rehabilitation (Reha-Geld)
32. Tagesgeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
33. Genesungsgeld bei Tod der versicherten Person
34. Kosten für eine Haushaltshilfe
35. Kosmetische Operationen inkl. Zahnersatz
36. Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs
37. Rooming-in Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder
38. Rooming-in Leistungen für Erwachsene
39. Kinderbetreuungsgeld für minderjährige Kinder
40. Schulausfallgeld für minderjährige Kinder
41. Umschulung/Nachhilfe

42. Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen / Fitnessstudios
43. Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder
44. Sofortleistung bei Schwerverletzungen
45. Kurkostenbeihilfe
46. Bergungskosten und Serviceleistungen
47. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
48. Verdienstausschlag
49. Entfall Meldefrist bei Tod der versicherten Person
50. Keine Nachteile bei Berufsausübung nach einem Unfall
51. Zusätzliche Kostenübernahme
52. Prämienbefreiung
53. Künftige Bedingungsverbesserungen
54. Bedingungsgarantie
55. Gerichtsstände
56. Maklerklausel
57. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Zusätzliche Vereinbarungen von Fall zu Fall

58. Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten 100 %
59. Monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität
60. Progressive monatliche Unfall-Rente ab 40 % Invalidität
61. Übergangsleistung
62. Besondere Bedingungen für die Hilfeleistungen nach Unfällen
63. Besondere Bedingungen für den Aktivschutz

Folgende Klauseln/Bedingungen gelten zur betrieblichen Gruppenunfallversicherung:

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung für Betriebe

1. Versicherungen ohne Namensangabe
2. Versicherungen mit Namensangabe
3. Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AUB)

Besondere Bedingungen für den Direktanspruch (gilt nur sofern im Versicherungsschein/Nachtrag gesondert vereinbart)

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 2012 – AUB Stand 09.2019. Die folgenden Klauseln / Bedingungen erweitern Ihren Versicherungsschutz und beinhalten eine Vielzahl von Verbesserungen.

Es gelten generell für alle Verträge:

1. Eigenbewegungen und Sport inkl. Meniskusschäden

In Erweiterung der Ziffer 1.4 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.

In Erweiterung der Ziffer 1.4 AUB werden die genannten Verletzungen um Meniskusschäden erweitert.

2. Strahleneinwirkung

In Abänderung von Ziffer 1.6 AUB gelten Gesundheitsschäden als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 7 Tage ausgesetzt war.

3. Vergiftungen durch gasförmige Stoffe

In Erweiterung von Ziffer 1.3 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 7 Tage ausgesetzt war.

4. Gesundheitsschäden durch Einatmung, Einnahme schädlicher Stoffe

Die Ziffer 1 AUB wird wie folgt erweitert:

Auch als Unfall gilt eine Gesundheitsschädigung durch

- 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 7 Tage ausgesetzt war.

5. Gesundheitsschäden in Notsituationen

Die Ziffer 1 AUB wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gelten auch

- Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren
- Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug
- die Nicht- oder Falscheinahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme oder aufgrund einer Notsituation, aus der sich die versicherte Person nicht aus eigener Kraft befreien kann. In diesem Fall verzichten wir auch auf eine Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten gemäß Ziffer 3 AUB,
- Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich solange die versicherte Person die Gesundheitsschädigung unfreiwillig erlitten hat.

6. Erweiterter Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen

In Abänderung der Ziffer 5.1.1 AUB besteht für die versicherte Person 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
- aufgrund von Trunkenheit. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen besteht Versicherungsschutz nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von maximal 1,7 ‰

- die die versicherte Person durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit und Sekundenschlaf), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken erlitten hat.

Ebenfalls besteht Versicherungsschutz für Unfallfolgen, wenn der Unfall aufgrund einer der folgenden Bewusstseinsstörungen verursacht wurde:

- Einnahme von Medikamenten. Führt die Einnahme von Medikamenten, durch eine versehentliche Falscheinahme oder durch Nebenwirkungen, zu einer Bewusstseinsstörung, in deren Folge ein Unfall passiert, übernehmen wir auch dafür den Versicherungsschutz. Ausgeschlossen davon bleibt aber der Medikamentenmissbrauch
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle
- Einwirkung von Witterungsbedingungen
- ungewollte Einnahme von K.o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

7. Schlaganfälle und Herzinfarkte

In Erweiterung der Ziffer 1 und Abänderung der Ziffer 5.1.1 AUB besteht auch Versicherungsschutz für Unfälle infolge

- eines Herzinfarktes
- eines Schlaganfalles

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

8. Erweiterung des passiven Kriegsrisikos

Die Ziffer 5.1.3 AUB wird wie folgt erweitert:

Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

9. Erweiterter Versicherungsschutz für Minderjährige

In Abänderung von Ziffer 5.1.2 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.

10. Unfälle bei der Teilnahme an motorisierten Fahrtveranstaltungen

In Abänderung der Ziffer 5.1.5 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 Europa.

Zu den versicherten Fahrtveranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrsituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings). Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

11. Immunklausel

11.1 Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe des täglichen Lebens mitversichert – dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut.

11.2 Schutzimpfungen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 und in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB gelten Gesundheitsschäden, die durch eine erfolgte Schutzimpfung (Impfschaden) verursacht werden als mitversichert. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

11.3 Infektionen durch Hautverletzung einschließlich Insektenstiche/-bisse sowie sonstige Tierverletzungen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 sowie in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB gelten Infektionen mitversichert, die durch

- Hautverletzungen von Tieren oder Insekten (z.B. Bisse oder Stiche)
- eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss,
- geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt haben,

übertragen wurden bzw. die Krankheitserreger durch oben genannte Ursachen in den Körper gelangt sind.

11.4 Infektionen durch Einspritzen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 sowie in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB gelten Infektionen mitversichert, die durch

- Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase übertragen wurden bzw. die Krankheitserreger durch oben genannte Ursachen in den Körper gelangt sind.

11.5 Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 sowie in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB gelten Gesundheitsschäden durch Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen als mitversichert.

11.6 Allergische Reaktion

Ergänzend zu Ziffer 1.3 sowie in teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB sind allergische Reaktionen auf Insektenstiche/-bisse oder infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen mitversichert, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt haben.

Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

11.7 Infektionskrankheiten

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB gilt auch die Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

- Borreliose
- Brucellose
- Cholera

- Diphtherie
- Dreitagefieber
- Echinokokkose
- Fleckfieber
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Gelbfieber
- Gürtelrose
- Keuchhusten
- Lepra
- Malaria
- Masern
- Mumps
- Paratyphus
- Pest
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlafkrankheit
- spinale Kinderlähmung
- Tollwut
- Tuberkulose
- Tularämie
- Typhus
- Windpocken
- Wundstarrkrampf

als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis), wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens 1 Monat nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit (nach Vertragsbeginn) ereignete.

11.8 Fristen

Für die Klausel 11.7 dieser Bedingungen gilt:

Die in Ziffer 2.1 der AUB genannten Fristen beginnen nicht mit dem Unfalltag, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

12. Oberschenkelhalsbruch / Oberarmbruch

Die Ziffer 1 AUB wird wie folgt erweitert:

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

13. Akute Höhenkrankheit

In Erweiterung von Ziffer 1 AUB besteht auch Versicherungsschutz bei Gesundheitsschäden durch ein

- Höhenlungenödem (HAPE)
- Höhenhirnödem (HACE)

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

14. Übernahme von Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer

In Erweiterung der Ziffer 1.8 AUB übernehmen wir die nachgewiesenen Nutzungskosten (Behandlung und Therapie) in 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.

15. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

In Abänderung der Ziffer 3 AUB gilt folgendes:

1. Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für die Folgen von Krankheiten (z. B. Diabetes oder Gelenkskrankungen) oder Gebrechen (z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung).

2. Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten zusammen, mindern wir die Leistung um den Anteil, den die Krankheiten an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen haben (Mitwirkungsanteil).

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 75 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Haben Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung mitgewirkt, werden diese nicht auf den Mitwirkungsanteil angerechnet.

16. Helmbonus

Die Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Erleidet die versicherte Person als

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

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 Euro.

Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

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

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.

17. Fristerweiterung bei Invalidität (Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung)

Die Ziffer 2.1.1.1 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 und
- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt festgestellt und schriftlich dokumentiert, sowie
- innerhalb von 36 Monaten von Ihnen bei uns schriftlich geltend gemacht worden.

18. Neubemessung des Invaliditätsgrad

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu 5 Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu 2 Jahre nach dem Unfall zu.

– Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

– Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 3 % jährlich zu verzinsen.

19. Erweiterte und Erhöhte Gliedertaxe

Die Ziffer 2.1.2.2.1 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 Ellenbogengelenks	80 %
– Hand	75 %
– Daumen	35 %
– Zeigefinger	20 %
– anderer Finger	15 %
– Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
– Bein bis unterhalb des Knies	80 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
– Fuß	70 %
– große Zehe	20 %
– andere Zehe	10 %
– Auge	60 %
– Gehör auf einem Ohr	50 %
– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	20 %
– 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 %

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.

20. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.2 AUB besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall stirbt.

Ziffer 2.1.2.3 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.

21. Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung

Die Ziffer 9.3.1 AUB wird wie folgt geändert:

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

22. Doppelte Todesfallsumme

Die Ziffer 2.5. AUB wird wie folgt erweitert:

22.1 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.

22.2 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).

22.3 Die Mehrleistung aus den Ziffern 22.1 und 22.2 dieser Besonderen Bedingungen ist auf insgesamt die doppelte Versicherungssumme für jede versicherte Person begrenzt.

23. Verschollenheit

In Ergänzung zu Ziffer 2.5 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.

24. Verlängerter Anspruch für die Todesfallleistung

In Abänderung der Ziffer 2.5.1 AUB gilt für die vereinbarte Todesfallleistung 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 Todesfallleistung.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.4 der AUB weisen wir hin.

25. Verlängerte Leistungsdauer des Unfall-Krankenhaustagegeldes

In Abänderung der Ziffer 2.3.2 AUB zahlen wir das Unfall-Krankenhaustagegeld für bis zu 5 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, der vollstationären Behandlung. Auch für das das Unfall-Krankenhaustagegeld im Ausland nach Ziffer 2.3.4.2 AUB verlängert sich die Leistungsdauer auf bis zu 5 Jahre ab dem Unfalltag.

Ist nach Ablauf des 5. Jahres nach dem Unfalltag eine stationäre Nachbehandlung erforderlich (z. B. zur Entfernung des Osteosynthesematerials), zahlen wir das Krankenhaustagegeld, wenn die Nachbehandlung nicht früher möglich war.

26. Ambulante Operationen

Die Ziffer 2.3.3 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.

27. Ambulante Operationen Genesungsgeld

Haben wir für eine ambulante Operation nach der Ziffer 26 das Krankenhaustagegeld geleistet, zahlen wir ebenfalls das Genesungsgeld für 7 Tage, wenn die versicherte Person für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt ist. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

28. Gipsgeld

Ziffer 2.3 AUB wird wie folgt erweitert:

Hat die versicherte Person ein Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart und hat bei einem Unfall einen vollständigen Knochenbruch oder kompletten Bänderriss erlitten, zahlen wir ein Gipsgeld in Höhe von 250 Euro, sofern keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgte. Wurde die Verletzung im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts behandelt, zahlen wir das vereinbarte

Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld – mindestens jedoch 250 Euro.

29. Zahlung eines Komageldes

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird sie unfallbedingt in ein künstliches Koma versetzt, so werden für die Dauer dieses Zustandes, längstens 3 Jahre, täglich 30 Euro gezahlt.

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

Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen mit der Zusatzleistung Komageld, so kann diese nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

30. Zahlung eines Pflegegeldes

Wird der versicherten Person aufgrund des Unfalls mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt, zahlen wir ein tägliches Pflegegeld. Dieses beträgt

- 20 Euro bei Pflegegrad 2,
- 40 Euro bei Pflegegrad 3,
- 60 Euro ab Pflegegrad 4

für die Dauer der Pflegegradzuerkennung, längstens bis zu ein Jahr ab dem Unfalltag.

31. Zahlung von Unfall-Krankenhaustagegeld im Rahmen einer Rehabilitation (Reha-Geld)

31.1 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.

31.2 Gemischte Institute, Reha, Sanatorium

Das Krankenhaustagegeld wird auch geleistet, wenn sich die versicherte Person unfallbedingt einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme oder Kur unterzieht bzw. sich infolge des Unfalls in einem Sanatorium oder Erholungsheim befindet.

Ein Leistungsanspruch besteht somit auch, wenn die Heilbehandlung in einem gemischten Institut erfolgt, welches der Heilbehandlung und der Rehabilitation dient.

31.3 Höhe und Dauer der Leistung

1. Wir zahlen je Anwendungstag 100 % des versicherten Unfall-Krankenhaustagegeldes.
2. Wir zahlen nur für Maßnahmen, die innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt des Unfalles durchgeführt werden.

32. Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

32.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet und

- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen

eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Sie oder die versicherte Person haben uns die Voraussetzungen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

32.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Tagegeld von 30 Euro täglich, längstens für 100 Tage. Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen zahlen wir das Tagegeld für die tatsächlichen Behandlungstage.

Diese Leistung kann nur einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

33. Genesungsgeld bei Tod der versicherten Person

Ergänzend zu Ziffer 2.4 AUB bleibt der Anspruch auf Zahlung des versicherten Genesungsgeldes auch bestehen, wenn die versicherte Person im Krankenhaus verstirbt.

34. Kosten für eine Haushaltshilfe

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe durch einen gewerblichen Dienstleister, wenn die den Haushalt versorgende Person (Haushaltführer) aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht in der Lage ist, die ihr obliegende Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nachzukommen.

Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein, im Verhältnis zur versicherten Person, unterhaltsberechtigtes Kind unter 18 Jahren zu versorgen ist.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.

Alternativ übernehmen wir bei einer Krankenhauseinweisung des versorgenden Elternteils für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden infolge eines in Deutschland erlittenen Unfalls die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für eine Aufsichtsperson während des Krankenhausaufenthaltes des versorgenden Elternteils für die Versorgung seiner Kinder unter 16 Jahren/pflegebedürftiger Angehöriger bis zu einem Höchstbetrag von 75 Euro pro Tag.

Die Kostenübernahme erfolgt in beiden Fällen bis zu 6 Monaten ab dem Unfalltag.

35. Kosmetische Operationen inkl. Zahnersatz

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.

2. Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

3. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,

- Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen entstanden sind. Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

- 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 1.000.000 Euro begrenzt.
- 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.

36. Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebs-erkrankung einer Brustoperation, mit Entfernung einer kompletten Brustdrüse, unterziehen.

Die krebbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten, maximal bis zu 10.000 Euro, 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 5.000 Euro bezahlt.

- Keine Leistung erbringen wir, wenn die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird oder für Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.
- 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.

37. Rooming-in Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder

- Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem versicherten Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten.
- 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.

- Die Leistung ist je Versicherungsfall insgesamt auf 15.000 Euro begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

38. Rooming-in Leistungen für Erwachsene

- Befindet sich eine erwachsene und im Vertrag versicherte Person nach einem Unfallereignis im Sinne der AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine weitere im Vertrag versicherte erwachsene Person mit dieser im Krankenhaus so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss von 25 Euro gezahlt.
- 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.
- Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

39. Kinderbetreuungsgeld für minderjährige Kinder

39.1 Voraussetzung für die Leistung Kinderbetreuungsgeld

Das versicherte Kind kann wegen

- der Unfallfolgen oder
- der Folgen einer Verbrennung der Körperoberfläche oder
- der Folgen 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.

39.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 50 Euro täglich ab dem sechsten Fehltag für maximal 20 Fehltage. Ferien oder vorübergehende Schließung der Betreuungseinrichtung oder Ausfälle der Tagesmutter/des Tagesvaters gelten nicht als Fehltage. Mehrere Fehltage wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Zeitraum gewertet.

Das Kinderbetreuungsgeld entfällt mit der Einschulung des versicherten Kindes.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

40. Schulausfallgeld für minderjährige Kinder

40.1 Voraussetzung für die Leistung Schulausfallgeld

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

40.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Schulausfallgeld wie folgt:

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

des Tagessatzes von 50 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

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.

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

41. Umschulung/Nachhilfe

1. Umschulung

In Erweiterung von Ziffer 2 AUB sind auch Kosten für Umschulungen der versicherten Person mitversichert, wenn bedingt durch die Unfallschädigung die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit/Beruf nicht mehr ausüben kann und sich somit beruflich neu orientieren muss.

Die Kosten einer Umschulung gelten bis zu einer Höhe von 20 % der versicherten Invaliditätssumme, max. jedoch 8.000 Euro zusätzlich mitversichert.

2. Nachhilfe

In Erweiterung von Ziffer 2 AUB organisieren wir einen Privatlehrer und übernehmen die Kosten für den Zeitraum von bis zu 6 Monaten nach dem Unfall, wenn das versicherte Kind aufgrund eines Unfalls nicht am normalen Schulunterricht teilnehmen kann.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für Umschulung/Nachhilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

42. Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen / Fitnessstudios

1. Auf ärztlicher Anordnung darf die versicherte Person wegen ihrer Unfallverletzungen keinen Sport ausüben. Diese Sportunfähigkeit besteht mindestens 6 Wochen ab Unfalltag.

Für den Zeitraum von maximal 12 Monaten ab dem Unfalltag übernehmen wir die anfallenden Gebühren bis zu einem monatlichen Betrag von 100 EUR, wenn der Sportverein bzw. das Fitnessstudio nicht auf die Zahlung der Mitgliedsbeiträge verzichtet. Sobald die Sportunfähigkeit beendet ist, reichen Sie uns die Bestätigungen

- des behandelnden Arztes über den Zeitraum der Sportunfähigkeit und
- des Fitnessstudios bzw. Sportvereins über die erfolgte Fortzahlung der Mitgliedsbeiträge, trotz beantragter Freistellung, spätestens 18 Monate nach dem Unfalltag ein.

2. Aufgrund der Unfallverletzungen wird der versicherten Person ärztlich die Ausübung von Reha-Sport angeraten.

Wir übernehmen die anfallenden Anmeldegebühren für den Reha-Sport in einem Sportverein oder Fitnessstudio sowie die monatlichen Mitgliedsbeiträge für maximal 12 Monate ab dem Unfalltag und einem Gesamtbetrag von 1.200 EUR (monatlich maximal 100 EUR).

Die Kostenübernahme beantragen Sie unter Vorlage der
- ärztlichen Empfehlung,

- Mitgliedsbestätigung inkl. der Anmeldegebühren und

- der Bestätigung über die gezahlten Monatsbeiträge für die Teilnahme am Reha-Sport

3. 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. Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen nachgewiesen werden.

43. 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 Mehrleistung)	100.000 Euro
Für den Todesfall	20.000 Euro
Für das Unfall-Krankenhaustagegeld	20 Euro
Für das Genesungsgeld	20 Euro
Für die Bergungskosten	1.000.000 Euro

zuzüglich der generell versicherten Leistungen dieser Bedingungen.

44. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Die versicherte Person hat bei einem Unfall eine der folgenden, schweren Verletzungen erlitten:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- c) Schädel-Hirn-Verletzung
Schädelhirntrauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- d) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch, Schienbein- und Oberarmbruch, Speichen- und Oberarmbruch oder Wadenbein- und Oberschenkelbruch)
 - Gewebeerstörende Verletzungen an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,

- Bruch des Beckens,
- Bruch der Wirbelsäule,
- Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs

e) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche

f) Augenverletzungen

- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge (Aphakie)
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %

Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung. Im Übrigen entsteht der Anspruch nach Eintritt des Unfalls.

Er erlischt mit Ablauf von 15 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

44.1 Höhe der Leistung

Wir erbringen eine Sofortleistung in Höhe von 20.000 Euro.

44.2 Erhöhte Sofortleistung bei Wohneigentum

Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die vereinbarte Sofortleistung für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Vertrag versichert) auf je

- 50.000 Euro im 1. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn,
- 45.000 Euro im 2. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn,
- 40.000 Euro im 3. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn,
- 35.000 Euro im 4. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn,
- 30.000 Euro im 5. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn,
- 25.000 Euro im 6. Jahr ab Erwerb bzw. Baubeginn.

Dieser Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheims oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig ist – mit dem Beginn der Bauarbeiten. Er endet zum frühesten der nachfolgenden Termine:

- mit Ablauf des 6. Jahres nach Baubeginn bzw. Erwerb
- mit Veräußerung des Eigenheims
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

45. Kurkostenbeihilfe

Die Ziffer 2 der AUB wird wie folgt erweitert:

45.1 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.

45.2 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 Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V vor

- die Rehabilitationsmaßnahmen waren überwiegend zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlich.

45.3 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen folgende Kosten bis zur Höhe von 5.000 Euro für

- den Eigenanteil, der der versicherten Person vom 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).

45.4 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.

45.5 Sonstige Bestimmungen

1. 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.
2. Die Kurkostenbeihilfe nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.
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.

46. Bergungskosten und Serviceleistungen

46.1 Bergungskosten

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 die Kosten bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit der Rücktransport auf ärztliche Anordnung zurückgeht oder nach der Ver-

letzungsart unvermeidbar war. Auf Wunsch der versicherten Person organisieren wir innerhalb von 72 Stunden diesen Rücktransport.

5. Die Kosten für die Verlegung der versicherten Person in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus erstatten wir ebenfalls bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.
6. Ist nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes für die verletzte Person erforderlich, übernehmen wir die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu einem Gesamtbetrag von 350 Euro.
7. Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstatten wir die zusätzlich entstehenden Kosten für:
 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 Euro begrenzt.
 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 Euro begrenzt.
 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 Euro begrenzt.
 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 Euro begrenzt.Voraussetzung für die Kostenerstattungen nach 45.1 Ziffer 7 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.
8. 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 Lebensgefährte/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.
9. Bei einem unfallbedingtem Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
10. Bei einem unfallbedingtem Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

46.2 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 PKW der versicherten Person in ein behindertengerechtes Fahrzeug
 - die Anschaffung und Ausbildung von Assistenzhunden (z. B. Blinden- oder Signalthunde)
 - eine behindertengerechte Fortbildung, wie Gebärdensprache oder Blindenschrift
- erforderlich ist, übernehmen wir hierfür die Kosten, maximal aber 25.000 Euro. Diese Maßnahmen werden innerhalb von vier Jahren nach Eintritt des Unfalls bei uns geltend gemacht und durchgeführt, bzw. bei Umbaumaßnahmen begonnen.

46.3 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 25.000 Euro.

46.4 Medizinische Hilfsmittel

Wir ersetzen die Kosten für Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenfahrstühle, sowie sonstige medizinische Hilfsmittel bis zu einem Betrag von 25.000 Euro, die innerhalb von vier Jahren aufgrund des versicherten Unfalls angeschafft werden und als medizinisch notwendige Hilfsmittel ärztlich verordnet wurden.

46.5 Taxifahrten

Kosten von Taxifahrten, die zur unfallbedingten, ambulanten Weiterbehandlung erfolgen, werden bis zu einer Summe von insgesamt 250 Euro übernommen. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Taxikosten durch Vorlage der Belege fällig.

46.6 Höhe der Leistungen

Die Höhe aller Leistungen, gemäß Ziffer 46.1, zusammen ist insgesamt auf 1.000.000 Euro begrenzt.

Die Höhe aller Leistungen gemäß Ziffer 46.2 bis 46.5 zusammen, ist insgesamt auf 25.000 Euro begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

46.7 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.

46.8 Voraussetzungen für die Leistungen

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. 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.

47. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Ergänzend zu Ziffer 6.2 AUB gilt vereinbart:

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für welche laut Tarif eine höhere Prämie zu zahlen wäre, so gilt die Einschränkung nicht, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist.

Die Einschränkung gilt ebenfalls nicht, wenn die Gefahr erhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleiben die Regelungen in Ziffer 6.2 AUB gleichfalls voll bestehen. Die Vertragsumstellung erfolgt nachträglich.

Abweichend zu Ziffer 6.2.2 AUB gelten die verminderten Versicherungssummen erst nach Ablauf von sechs Monaten ab der Änderung.

48. Verdienstaustausch

Ergänzend zu Ziffer 7.3 AUB wird folgendes vereinbart:

Kann bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen usw. der Lohn- oder Verdienstaustausch nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand konkret nachgewiesen werden, so wird ein fester Betrag erstattet, der 2 % der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 1.000 Euro pro Unfallereignis, beträgt.

49. Entfall Meldefrist bei Tod der versicherten Person

Die in Ziffer 7.4 Absatz 1 AUB genannte Frist entfällt.

Der Absatz 3 der Ziffer 7.4 AUB gilt unverändert.

50. Keine Nachteile bei Berufsausübung nach einem Unfall

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

51. Zusätzliche Kostenübernahme

Die Kosten gem. Ziffer 9.1.1 AUB übernehmen wir in voller Höhe.

52. Prämienbefreiung

1. Bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- 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:

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

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

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

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

2. Bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie während der Versicherungsdauer unverschuldet durch Kündigung ihres Arbeitgebers oder im Rahmen eines Insolvenzverfahrens arbeitslos werden, übernehmen wir auf Antrag die Prämienzahlung dieses Vertrages.

Die Leistung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit und endet mit der Hauptfälligkeit, die der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses folgt; spätestens aber 24 Monate nach der nächsten Hauptfälligkeit. Die Leistungsdauer ist auf insgesamt 36 Monate Prämienübernahme je Leistungsfall begrenzt.

Voraussetzungen für die Prämienübernahme ist, dass

- Sie unverschuldet durch Kündigung Ihres Arbeitgebers oder im Rahmen eines Insolvenzverfahrens den Arbeitsplatz verlieren und sich bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) melden

- Ihr Arbeitsverhältnis unbefristet, ungekündigt und außerhalb der Probezeit bestand. Die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 20 Stunden betrug. Das Arbeitsverhältnis nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf geschlossen wurde

- der Versicherungsvertrag seit mindestens 3 Monaten besteht, ungekündigt ist und sich nicht im Mahnverfahren befindet

- der Anspruch auf Prämienübernahme unverzüglich geltend gemacht wird

- alle Auskünfte und erforderlichen Umstände zur Feststellung der Prämienübernahme erteilt sind und das Vorliegen der Voraussetzung durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen (z.B. Arbeitslosenbescheinigung) nachgewiesen wird

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. Insolvenz) und die Einstellung der selbstständigen Tätigkeit keine Folge einer Arbeitsunfähigkeit ist.

In Erweiterung von Ziffer 10.2 und 10.3 AUB können Sie und wir unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten diese Vereinbarung zur Prämienübernahme bei Arbeitslosigkeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen.

3. Bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig werden und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen, dann

- befreien wir Sie von der Prämienzahlungspflicht (Prämienbefreiung) nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag für bis zu 12 Monate prämienfrei weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet, und endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.

Voraussetzung ist, dass Sie vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit mindestens 24 Monate in einem sozialversicherungspflichtigen, unbefristeten Beschäftigungsverhältnis mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mind. 30 Stunden gewesen sind, der Vertrag bezahlt ist und keinen Prämienrückstand aufweist.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Prämienbefreiung unverändert prämienpflichtig fortgeführt.

Prämien, die schon für den Zeitraum der Prämienbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

4. Bei unfallbedingter Invalidität ab 50 %

Wenn Sie während der Versicherungsdauer unfallbedingt einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % erleiden und

- die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall schriftlich bei uns geltend gemacht wurde,

– dieser ärztlich festgestellt wurde,
gilt Folgendes:

Der Versicherungsvertrag wird mit dem geltenden Leistungsumfang zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung des Invaliditätsgrades prämienfrei

- für alle versicherten Personen des Vertrages,
- für längstens 36 Monate fortgeführt.

Die Prämienbefreiung wird über die gesamte Vertragslaufzeit – auch bei wiederholter Invalidität – höchstens für insgesamt 36 Monate gewährt.

53. Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für bestehende Verträge.

54. Bedingungsgarantie

Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und Bedingungen zur Unfallversicherung nach dem Exklusiv-Konzept ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen AUB 2014 sowie den Mindeststandards des Arbeitskreises EU-Vermittlerrichtlinie (aktueller Stand) abweichen.

55. Gerichtsstände

In Abänderung der Ziffer 15 AUB gilt folgendes vereinbart:

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gilt das für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständige Gericht im Inland, soweit dies nicht ohnehin aufgrund gesetzlicher Regelung bestimmt ist.

56. Maklerklausel

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler wickelt den Geschäftsverkehr zwischen Ihnen und uns bzw. germanBroker.net ab. Er ist daher bevollmächtigt, Anzeigen, Deklarationen und Willenserklärungen von Ihnen entgegen zu nehmen, und verpflichtet, diese umgehend an uns oder an germanBroker.net weiter zu leiten.

57. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sollte über den Arbeitgeber eine Gruppenunfallversicherung bestehen, so gilt der Gruppenunfallvertrag als angezeigt.

Zusätzliche Vereinbarungen von Fall zu Fall

Soweit gesondert und im Einzelnen vereinbart gelten auch folgende Bedingungen:

58. Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten 100 %

In Abänderung der Ziffer 3 AUB gilt folgendes:

Eine Leistungskürzung erfolgt nicht, wenn Krankheiten an der unfallbedingten Gesundheitsschädigung mitgewirkt haben.

Sind die durch den Unfall ausgelösten Gesundheitsschäden vollständig auf bestehende Krankheiten zurückzuführen werden keine Leistungen erbracht.

Diese Erweiterung erlischt mit Erreichen der Altersgrenze nach Ziffer 6.4 AUB.

In Erweiterung von Ziffer 10.2 und 10.3 AUB können Sie und wir unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten diese Vereinbarung zur Mitwirkung von Krankheiten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen.

59. Monatliche Unfall-Rente ab 50 % Invalidität

59.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad – ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen – von mindestens 50 % geführt.

59.2 Höhe der Leistung

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

59.3 Beginn und Dauer der Leistung

1. Die Unfall-Rente zahlen wir

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

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.

59.4 Einmalzahlung/Todesfalleistung

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.

59.5 Rentengarantie

Zusätzlich garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 70. 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.

60. Progressive monatliche Unfall-Rente ab 40 % Invalidität

60.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad – ohne Berücksichtigung von besonderen Gliedertaxen, progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen – von mindestens 40 % geführt.

60.2 Höhe der Leistung

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

- ab 40 % drei Viertel der versicherten Unfall-Rente,
- ab 55 % die volle versicherte Unfall-Rente,
- ab 75 % die eineinhalbfache versicherte Unfall-Rente
- ab 90 % die zweifache versicherte Unfall-Rente.

60.3 Beginn und Dauer der Leistung

1. Die Unfall-Rente zahlen wir
 - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - monatlich im Voraus.
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 40 % 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.

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.

60.4 Einmalzahlung/Todesfallleistung

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.

60.5 Rentengarantie

Zusätzlich garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 70. 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.

61. Übergangsleistung

61.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- a) nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden. Oder

- b) nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um 100 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

61.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird

- gem. Ziffer 61.1 a) in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- gem. Ziffer 61.1 b) in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 61.1 a) angerechnet.

61.3 Sofortige Zahlung der Übergangsleistung

Die im Versicherungsschein festgelegte Übergangsleistung wird bei schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt. Als schwere Verletzungen gelten die bereits unter Punkt 43 aufgeführten Verletzungen.

Ein weiterer Anspruch auf die Übergangsleistung kann dann nicht mehr geltend gemacht werden.

62. Besondere Bedingungen für die Hilfeleistungen nach Unfällen

Ist die versicherte Person aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung durch einen versicherten Unfall hilfebedürftig und nicht in der Lage, den Alltag wie bisher zu meistern, sorgen wir dafür, dass sie – ihren Bedürfnissen entsprechend – Hilfe bei allen Tätigkeiten und Pflichten des täglichen Lebens erhält, sei es durch Hilfe im Haushalt, bei der Kinderbetreuung oder durch erforderliche Fahrdienste zu Ärzten oder Behandlungen. Für diese Leistungen beauftragen wir einen Dienstleister.

Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

Die Hilfebedürftigkeit müssen Sie unverzüglich bei uns geltend machen.

Die Kosten übernehmen wir bis zu einer Summe von 10.000 Euro für eine Dauer von bis zu einem Jahr ab dem Tag des Unfalls.

Nachfolgend haben wir beschrieben, welche konkreten Leistungen aus dem Vertrag erbracht werden können.

Der von uns beauftragte Dienstleister stellt in einem telefonischen Erstgespräch, soweit erforderlich in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, den individuellen Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes fest. Der erstellte Leistungsplan muss von uns genehmigt werden.

Der Dienstleister beauftragt und koordiniert alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend den versicherten Leistungen und überprüft deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Versicherungsfalles. Dabei wird die versicherte Person auch zu eventuellen Leistungsansprüchen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und bedarfsgerecht beraten.

Grundpflege

Die versicherte Person erhält eine Grundpflege. Diese umfasst:

- Körperpflege inklusive Teil- oder Ganzwaschungen
- An- und Auskleiden
- Hilfe beim Verrichten der Notdurft
- Lagerung im Bett
- Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten

Gleichzeitig mit der Erbringung unserer Leistungen zur Grundpflege kann ein Pflegenotruf eingerichtet werden, sofern örtlich möglich. Über diesen 24-Stunden-Notruf kann im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur persönlichen Hilfeleistung alarmiert werden.

Wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen.

Menüservice

Diese Leistung umfasst die tägliche Anlieferung einer warmen Hauptmahlzeit aus dem angebotenen Menüsortiment an die versicherte Person. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs als Tiefkühlkost jeweils wochenweise (7 Menüs) angeliefert. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Die Wäsche und Kleidung der versicherten Person wird einmal wöchentlich gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen auch das Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Pflege der Schuhe. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Wohnungsreinigung

Die Wohnung oder das Haus (Wohn-, Schlafräume, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person wird einmal pro Woche im üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass sich die Wohnung vor dem Versicherungsfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

Besorgungen und Einkäufe

Für die versicherte Person werden bis zu zweimal pro Woche für bis zu 6 Monate Einkäufe oder andere notwendige Besorgungen erledigt. Dazu zählen:

- Verfassen eines Einkaufzettels für Waren des täglichen Lebens (inklusive Arzneimittel)
- Einkaufen und Einstellen in den Kühlschrank unter Beachtung von Haltbarkeitszeiten
- notwendige Besorgungen, z. B. Bank- oder Behördengänge

Die Kosten für die Einkäufe trägt die versicherte Person selbst.

Mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur

Der versicherten Person wird ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar. Die Kosten für die Haar-, Nagel- oder Fußpflege trägt die versicherte Person selbst.

Tag- und Nachtwache

Für die versicherte Person wird eine Tag- und Nachtwache für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine intensive Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.

Hausnotrufdienst

Bei Bedarf wird für bis zu 6 Monate eine Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person installiert. Die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) müssen vorhanden sein. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.

Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Die versicherte Person wird bei Arztbesuchen, zur Krankengymnastik und Therapie von unserem Dienstleister begleitet. Ebenso erfolgt die Begleitung zu Behördengängen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Diese Leistung kann die versicherte Person bis zu zehnmal in Anspruch nehmen.

Familienassistance

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls nicht in der Lage ist, für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zu sorgen, erhält die versicherte Person bzw. die mit ihr im Haushalt lebende Familie bei Bedarf eine Familienbetreuung, sofern dies örtlich möglich ist. Diese Leistung umfasst

- die Kinderbetreuung inkl. Freizeitgestaltung,
- Hausaufgabenbetreuung (nur in der Grundschule).

Wir vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für die Betreuung der Kinder (z. B. Tagesmutter):

- Zubereitung von Mahlzeiten
- Reinigung und Pflege von Wäsche/Kleidung (waschen, trocknen, bügeln, einsortieren)
- Einkäufe und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafräume, Küche, Bad, Toilette)

Die Leistungen werden insgesamt bis zu 8 Stunden täglich bis zu 4 Wochen lang erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. (Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalls.) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen die Leistungen bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus.

Fahrtkosten

Wir übernehmen die notwendigen Kosten für

- die Hin- und Rückfahrt zum Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt. Der Transport zu diesen Aufenthalten bzw. von dort zurück nach Hause wird einmalig durchgeführt.
- Taxifahrten, die zur ambulanten Weiterbehandlung oder aufgrund notwendiger Behördengänge erfolgen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Die Leistung wird gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises erbracht. Sie steht bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern von Ihrem Aufenthaltsort zur Verfügung.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger, z. B. der Krankenversicherer, eintrittspflichtig ist, werden nur die restlichen Kosten übernommen.

Hausmeisterdienste

Es wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung vermittelt. Ist die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls ganz oder teilweise außerstande, die gemäß Mietvertrag übernommenen oder – bei Wohneigentum – notwendigen Streu- und Reinigungspflichten auszuüben, übernehmen wir die Kosten für einen entsprechenden Hausmeisterdienst für bis zu 6 Monate.

Tierbetreuung

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls außerstande ist, ihr vorhandenes Haustier zu versorgen, vermitteln wir für gewöhnliche Haustiere (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) die Unterbringung und Versorgung. Die dadurch entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu einer Höhe von 1.000 Euro. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für die eine behördliche Genehmigung nötig ist, wie z. B. Reptilien.

Beratung zu Wohnungs- und Kfz-Umbauten

Wir vermitteln der versicherten Person

- eine Beratung zum behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges,
- eine Beratung zum behindertengerechten Umbau der Wohnung („barrierefreies Wohnen“),
- ein Umzugsunternehmen zur Durchführung ihres aufgrund eines Versicherungsfalls notwendigen Umzuges (ggf. Möbelleinlagerung oder Wohnungsauflösung).

Pfleges Schulung für Angehörige

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine einmalige Pflegeschulung von Angehörigen, falls diese die versicherte Person nach einem Versicherungsfall selbst pflegen wollen.

Pflegeplatzgarantie

Im Notfall garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt;

hierauf besteht aber kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung sind von der versicherten Person selbst zu tragen.

Hospizplätze

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen werden Einrichtungen mit Hospizplätzen benannt.

Juristische Beratung

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine telefonische Erstberatung von zugelassenen Rechtsanwälten zu folgenden Rechtsgebieten vermittelt:

- Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht)
- Informationsrecht (Recht auf Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Patientenakten sowie diesbezügliche Datenschutzprobleme)

Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte

Die versicherte Person betreut einen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Verwandten 1. Grades in häuslicher Pflege. Wenn sie dazu nach einem Versicherungsfall nicht mehr in der Lage ist, werden die Leistungen der Grundpflege auch für die betreute Person erbracht.

Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem Versicherungsfall ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Person aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.

Die aus der Pflegeversicherung erbrachten Sach- oder Geldleistungen werden auf unsere Leistungen angerechnet.

1-2 Bettzimmer

1. Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfallereignis im Sinne der AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung erstatten wir die zusätzlichen, gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer.
2. Wir ersetzen die Kosten nur, sofern kein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. GKV, PKV, Krankenzusatzversicherung) die Kosten übernimmt. Die Kosten der Eigenbeteiligung für die GKV oder Zuzahlungsvereinbarungen der PKV werden nicht übernommen.

Sonstige Bestimmungen

Eine Leistungserbringung ist nur in der Bundesrepublik Deutschland möglich.

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

63. Besondere Bedingungen für den Aktivschutz

1. Allgemeine Hinweise

- 1.1 Die hier genannten Leistungsarten nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachses von Leistung und Prämie nicht teil.
- 1.2 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.
- 1.3 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 die Verordnung nachgewiesen werden.

PhysioSchutz

Nach einer schweren Unfallverletzung, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führt, 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 über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

1. Umfang der Leistungen

Wir übernehmen für nachfolgende Therapien und Behandlungen, die aufgrund des Versicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 Euro und einer Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag.

1.1 Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung

Unter einem ärztlichen Zweitbefund (auch ärztliche Zweitmeinung oder second opinion genannt) versteht man die zweite Begutachtung eines ärztlichen Erstbefundes, z. B. durch einen Spezialisten. Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 Euro.

1.2 Fachärzte/Spezialisten

Für zusätzliche Beratungen oder Behandlungen durch Fachärzte oder Spezialisten, deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden, da sie z. B. nur Privatpatienten behandeln, übernehmen wir Kosten bis zu 1.000 Euro.

1.3 Psychologische Unterstützung (auch für im Haushalt lebende Angehörige 1. Grades)

Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 Euro.

2. Für ärztlich empfohlene besondere Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir zusätzlich Kosten bis insgesamt 7.500 Euro je Versicherungsfall. Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 10 % je Therapie oder Behandlungsmethode.

Hierzu zählen:

2.1 erweiterte Physiotherapie/Krankengymnastik (inkl. Massage und Fango)

Der Physiotherapeut versucht gemeinsam mit dem Patienten, Fähigkeiten wiederherzustellen oder ihm neue zu lehren, die es ermöglichen, am täglichen Leben teilzunehmen, obwohl er körperlich beeinträchtigt ist.

2.2 Logopädie

Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnose 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.

2.3 Akupunktur

Die Akupunktur wird eingesetzt, um ggf. Schmerzfreiheit und Verbesserung behinderter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhafte Relationsstörungen behandeln lassen.

2.4 Chirotherapie

Die Chirotherapie beschäftigt sich mit Störungen der Funktion (auch Blockaden genannt) des Bewegungsapparates, speziell der Wirbelsäule. Durch chirotherapeutische Handgriffe lassen sich vorübergehende Verschiebungen und Fehlstellungen der

Wirbelsäule und der Gelenke lösen, die Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Verspannungen der Muskulatur verursachen.

2.5 Osteopathie

Bei der Behandlung folgt der Osteopath mit den Händen den Richtungen und Bewegungen der Faszien (Bindegewebe) und löst Verspannungen und Blockaden. Das kann am Knie, am Rücken, aber auch am Bauch sein. So versucht der Osteopath, mit verschiedensten manuellen Techniken den Selbstheilungsprozess des Körpers anzustoßen.

2.6 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 Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkung zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen. Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit verzögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.

2.7 Ergotherapie

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaßnahmen sind zum Beispiel:

- das Trainieren und Vorbereiten von körperlichen Bewegungsabläufen
- das Trainieren von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination mit dem Schwerpunkt Rumpf (der Leib ohne Kopf und Gliedmaßen). Auf diese Weise können Bewegungseinschränkungen ausgeglichen oder gänzlich behoben werden.
- Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anziehen, Trainieren von Essen, Schlucken, Trinken
- Trainieren des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten und vieles mehr
- das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses 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

2.8 Traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Heilmethoden in der TCM sind unter anderem Akupunktur, Kräutermedizin, Moxibustion (Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers), Schröpfen und Massagen. Aber auch die Ernährung und die Lebensführung spielen eine wichtige Rolle in der TCM-Therapie.

2.9 Schmerztherapie

Unter dem Begriff Schmerztherapie werden alle therapeutischen Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Reduktion von Schmerz führen. Hierzu gehören medikamentöse, physiotherapeutische und psychotherapeutische Schmerzbehandlungen.

2.10 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 Lympflüssigkeit

aus dem Körpergewebe gefördert werden soll. Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.

2.11 Enzymtherapie

Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z. B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerinnung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoffwechselforgänge beeinflussen, eine therapeutische und vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krankheiten ausgeübt.

2.12 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

Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Heilkosten

1. Für die Behebung von unfallbedingten Verletzungen und deren Folgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens bis zum Betrag von 10.000 Euro für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse der versicherten Person begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie u. a. für Röntgen-, Magnetresonanztomographie- oder Kernspinaufnahmen. Die medizinische Notwendigkeit wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen oder für die Kosten des unfallbedingten Heilverfahrens wird ein Beleg (Rechnungen und Rezepte) eingereicht. Ein Erstattungsbeleg des Krankenkassenversicherers über seine Leistungshöhe oder Ablehnung ist beizufügen.
2. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
3. Sofern die unfallbedingte Verletzung eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlungen oder dem Ersatz von Zähnen nötig macht, so sind diese Kosten unter Ziffer 35 dieser Bedingungen versichert.
4. Bei gleichzeitigem Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und einer Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung in folgenden Fällen gewährt:
 - Der Krankenversicherer hat seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt, und diese Leistung ist zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausreichend.
 - Der Krankenversicherer ist leistungsfrei (z. B. aufgrund einer Selbstbeteiligungsvereinbarung) oder bestreitet seine Leistungspflicht.
 - Für den Fall, dass für die versicherte Person gleichzeitig eine private Krankenversicherung mit einer Selbstbeteiligungsvereinbarung besteht, ist ein Nachweis des privaten Krankenversicherers über die erstattungsfähigen Anteile und eines bestehenden Selbstbehaltes beizufügen.

Sportgeräte

1. Voraussetzung für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, der einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Folge hat.

1.2 Das eigene Sportgerät wurde dabei beschädigt oder zerstört bzw. ist abhandengekommen.

1.3 Den Unfall und den darauf beruhenden Schaden oder Verlust des Sportgerätes haben Sie uns unverzüglich nachzuweisen.
Als Nachweis für den Unfall reicht ein ärztliches Attest.

2. Versicherte Sportgeräte

- Fahrräder
- Tauchausrüstung
- Inlineskates
- Skier
- Skateboards
- Surfgeräte
- Snowboards
- Kickboards (Cityroller)

3. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten bis zur Höhe von 1.500 Euro den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert.

Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt:

im 1. Jahr 100 %,

im 2. Jahr 80 %,

im 3. Jahr 60 %,

im 4. Jahr 40 %,

ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

Verdienstausfallgeld

1. Voraussetzung für die Leistung

Die berufstätige, versicherte Person ist nach einem versicherten Unfall mindestens 42 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig und die Arbeitsunfähigkeit beginnt spätestens 3 Arbeitstage nach dem Unfall.

1.1 Dies gilt

- für versicherte Personen, die Arbeitslohn bzw. Gehalt aus nicht selbstständiger Arbeit beziehen und sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind,
- für versicherte Personen, die als Selbstständige oder freiberuflich Tätige Einkünfte aus selbstständiger bzw. freiberuflicher Arbeit beziehen,
- für Auszubildende, die eine Ausbildungsvergütung erhalten.

2. Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Das erforderliche Formular stellen wir Ihnen zur Verfügung.

3. Dauer und Höhe der Leistung

Das Verdienstausfallgeld wird in Höhe von 250 Euro ab dem 43. Tag für je angefangene 30 Tage gezahlt, in denen die versicherte Person unfallbedingt ununterbrochen arbeitsunfähig ist, längstens jedoch für 120 Tage.

Folgende Klauseln/Bedingungen gelten zur betrieblichen Gruppenunfallversicherung:

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung für Betriebe

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 Beschäftigung 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.

**Besondere Bedingungen für den Direktanspruch
(gilt nur sofern im Versicherungsschein/Nachtrag gesondert vereinbart)**

Es wird eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung) abgeschlossen. Abweichend von 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.