

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Privat Kompakt Unfallversicherung Klassik, Plus, Premium

Stand 07/2023

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Ihr Interesse an unseren Produkten freut uns sehr.

Die Basis unseres gegenseitigen Vertrages bilden

- die Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen Privat Kompakt
- und die gesetzlichen Bestimmungen.

Der vereinbarte Versicherungsschutz sowie die dazugehörigen Versicherungsbedingungen sind im Antrag sowie im Versicherungsschein beschrieben.

Soweit wir in den Versicherungsunterlagen die männliche Form der Bezeichnung (z. B. Versicherungsnehmer, Ehegatte) verwenden, ist dabei auch immer die weibliche Bezeichnung mit gemeint. Bei Verwendung der persönlichen Fürwörter „Sie“ oder „Ihr“ sind ggf. auch juristische Personen oder Personenmehrheiten als Versicherungsnehmer gemeint.

Sofern in Schreiben, allgemeinen Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheinen, Rechnungen, Mahnungen usw. der Begriff „Beitrag“ verwandt wird, wird dieser gleichlautend/synonym für den Begriff „Prämie“ gebraucht.

Bei allen Fragen zum Produkt steht Ihnen auch Ihr/-e Berater*in gerne zur Verfügung.

Ihre
Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Das Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Kundeninformationen	3
Versicherungsbedingungen Privat Kompakt Unfallversicherung	6
Teil A – Allgemeine Versicherungsbedingungen Privat Kompakt	7
Teil B – Produktbezogene Bedingungen Privat Kompakt Unfallversicherung	13
Teil C – Besondere Bedingungen Privat Kompakt Unfallversicherung	61

Allgemeine Kundeninformationen

Gesellschaftsangaben	Gothaer Allgemeine Versicherung AG Rechtsform Registergericht und Registernummer Umsatzsteuer-Identifikationsnummer Vorsitzender des Aufsichtsrates Vorstand	Aktiengesellschaft Amtsgericht Köln, HRB 21433 DE 122786654 Prof. Dr. Werner Görg Thomas Bischof (Vorsitzender) Dr. Sylvia Eichelberg Harald Ingo Epple Dr. Andreas Eurich Frank Lamsfuß Christian Ritz Oliver Schoeller Alina vom Bruck
Ladungsfähige Anschrift	Postanschrift 50598 Köln Hausanschrift	Gothaer Allee 1, 50969 Köln
Niederlassung im EU-Gebiet und dortige Vertreter	Gothaer Allgemeine Versicherung AG Niederlassung für Frankreich Hauptbevollmächtigter	2 Quai Kléber F-67000 Strasbourg Damien Limousin
Hauptgeschäftstätigkeit	Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG ist durch Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung berechtigt.	
Aufsichtsbehörde	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungen Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.	
Informationen zur Versicherungsleistung und zur Gesamtprämie	Die wesentlichen Merkmale der Versicherung wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen sowie die Gesamtprämie (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im jeweiligen Produktinformationsblatt, den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. in unserem Vorschlag genannt.	
Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung	Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an	
<ul style="list-style-type: none">• Gothaer Beschwerdemanagement	Gothaer Allgemeine Versicherung AG 50598 Köln Internet: www.gothaer.de/privatkunden/kontakt-privatkunden/beschwerdemanagement.htm Mail: beschwerde@gothaer.de oder an den Versicherungsombudsmann als gesetzliche Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:	
<ul style="list-style-type: none">• Versicherungs-Ombudsmann	Versicherungsombudsmann e. V. Postfach 08 06 32 10006 Berlin Internet: www.versicherungsombudsmann.de Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Institutionen nicht berührt.	
Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben	Die Ihnen für den Abschluss Ihres Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen haben eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Informationen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, gelten sie für eine Dauer von vier Wochen nach Veröffentlichung.	
Bindefrist	Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages einen Monat gebunden .	
Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt zu den im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkten, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Sofern bestimmte Wartezeiten bestehen, sind diese in dem jeweiligen Produktinformationsblatt und Versicherungsbedingungen enthalten.	

Der Versicherungsschutz kann im Einzelfall auf Grund einer vorläufigen Deckungszusage ab dem darin genannten Zeitpunkt in Kraft treten. Diese ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag, der insbesondere nach endgültigem Abschluss der Vertragsverhandlungen oder Vorlage des Versicherungsscheins über den endgültigen Versicherungsschutz endet.

Widerrufsbelehrung

Abchnitt 1

Widerrufsrecht

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 ausgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln. Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter www.barmeniagothaer.de/widerruf/ ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden. Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abchnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszeigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Weitere wichtige Hinweise für den Fall eines Widerrufs

Das Widerrufsrecht besteht gemäß § 8 Absatz 3 VVG nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Widerrufen Sie Ihren Änderungsantrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Laufzeit, Mindestlaufzeit

Zu Laufzeit und Beendigung des Vertrags verweisen wir auf die Hinweise im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

Beendigung des Vertrages

Einzelheiten entnehmen Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den Versicherungsbedingungen.

**Anwendbares Recht/
Gerichtsstand**

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland; das gilt sowohl für die Aufnahme der Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages als auch für den Versicherungsvertrag selbst. Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Amts- bzw. Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Vertragssprache

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt, es sei denn, dass im Einzelfall anders lautende Vereinbarungen getroffen werden.

Zahlweise

• **Erstbeitrag**

Ihre Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt.

• **Folgebeitrag**

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt wird.

• **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ist mit Ihnen die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt Ihre Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

• **Zahlweise**

Sie können mit uns grundsätzlich jährliche, 1/2-jährliche, 1/4-jährliche oder monatliche Beitragszahlung vereinbaren, wobei wir für 1/2-jährliche, 1/4-jährliche oder monatliche Beitragszahlung einen Zuschlag verlangen können.

Versicherungsbedingungen Privat Kompakt

Teil A – Allgemeine Versicherungsbedingungen Privat Kompakt

§ 1	Vertragsgrundlagen, rechtlich selbstständige Verträge	7
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	7
§ 3	Versicherungsperiode, Beitragszahlung	7
§ 4	Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	7
§ 5	Fälligkeit des Folgebeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	7
§ 6	Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	8
§ 7	Beitragsverrechnung bei Teilzahlung für mehrere Versicherungen	8
§ 8	Dauer und Ende der Verträge, Kündigung	9
§ 9	Vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers	9
§ 10	Verjährung	11
§ 11	Örtlich zuständiges Gericht	11
§ 12	Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung	11
§ 13	Anzuwendendes Recht	11
§ 14	Embargobestimmung	11
Informationen zu den Extra-Services		12

Hinweis:

Der Allgemeine Teil der Versicherungsbedingungen (Teil A) bildet mit den Produktbezogenen und Besonderen Bedingungen (Teil B und Teil C) die Vertragsgrundlagen für den jeweiligen Vertrag der Privat Kompakt Unfallversicherung.

Teil A – Allgemeine Versicherungsbedingungen Privat Kompakt

§ 1 Vertragsgrundlagen, rechtlich selbstständige Verträge	<p>Vertragsgrundlagen sind</p> <ul style="list-style-type: none">• der Versicherungsantrag,• der Versicherungsschein,• Teil A – Allgemeine Versicherungsbedingungen Privat Kompakt• die gesetzlichen Vorschriften, soweit in den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen nichts Abweichendes vereinbart ist. <p>Zusätzliche Vertragsgrundlagen für jede vereinbarte Versicherung sind:</p> <ul style="list-style-type: none">• Teil B – Produktbezogene Bedingungen• Teil C – Besondere Bedingungen (je nach individueller Vereinbarung) <p>Die vereinbarten Versicherungen bilden jeweils rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.</p>
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich im Sinne von § 4 Ziffer 4.1 zahlen.</p> <p>Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (12:00 Uhr des Vortages) und Beginn dieses Vertrags (00:00 Uhr des Folgetages) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum den in Ihrem Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsschutz.</p>
§ 3 Versicherungsperiode	<p>3.1 Versicherungsperiode</p> <p>Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Dauer des Vertrages länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrages kürzer als ein Jahr, entspricht die Versicherungsperiode der Dauer des Vertrages.</p> <p>3.2 Beitragszahlung</p> <p>a) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der im Voraus zu zahlen ist. Wenn Sie mit uns eine Ratenzahlung (monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich) vereinbart haben, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.</p> <p>b) Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.</p> <p>3.3 Versicherungsteuer</p> <p>Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.</p>
§ 4 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	<p>4.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags</p> <p>Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn Sie nichts Anderes mit uns vereinbart haben – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung fällig. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts. Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.</p> <p>4.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes</p> <p>Sie zahlen den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt. In diesem Fall beginnt der Versicherungsschutz erst ab dem späteren Zeitpunkt. Voraussetzung hierfür ist, dass wir Sie durch</p> <ul style="list-style-type: none">• eine gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) oder• einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein <p>auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung des Beitrags nicht zu vertreten haben.</p> <p>4.3 Rücktritt</p> <p>Sie zahlen den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig. In diesem Fall können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben. Im Falle eines Rücktritts sind wir berechtigt, eine Geschäftsgebühr zu verlangen.</p>
§ 5 Fälligkeit des Folgebeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	<p>5.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung</p> <p>Die Folgebeiträge werden grundsätzlich jeweils am Ersten des Monats fällig, für dessen Zeitraum der Beitrag geleistet werden soll. Der Zeitraum ist abhängig von der vereinbarten Zahlungsweise.</p> <p>Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.</p> <p>5.2 Verzug</p> <p>Sie zahlen einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig. In diesem Fall geraten Sie, auch ohne Mahnung in Verzug.</p> <p>Dies gilt nur, wenn Sie die verspätete Zahlung verschuldet haben.</p> <p>Sie sind mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug. In diesem Fall können wir Ersatz für den Schaden verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.</p>

5.3 Zahlungsfrist

Sie zahlen einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig. In diesem Fall können wir Ihnen auf Ihre Kosten eine Zahlungsfrist setzen. Darüber müssen wir Sie in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) informieren. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Aufforderung zur Zahlung ist nur dann wirksam, wenn wir Sie je Vertrag über folgende Punkte informieren:

- den ausstehenden Beitrag
- die Zinsen
- die Kosten
- die rechtlichen Folgen, die mit dem Überschreiten der Frist verbunden sind.

Die rechtlichen Folgen sind:

- wir sind leistungsfrei
- wir haben das Recht zur Kündigung des Vertrages.

5.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Nach Ablauf der Zahlungsfrist haben Sie den angemahnten Betrag nicht bezahlt. In diesem Fall

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

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

5.5 Rechtzeitige Zahlung bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat

Wir haben mit Ihnen die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart. In diesem Fall gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

- der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und
- Sie der Einziehung nicht widersprechen.

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

Haben Sie es zu vertreten, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Werden durch Kreditinstitute Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug bei uns erhoben, sind diese von Ihnen als Verzugsschaden zu zahlen.

Sie sind zur Zahlung erst dann verpflichtet, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

§ 6 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Haben wir mit Ihnen die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate im Verzug sind.

Ferner können wir von Ihnen für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

§ 7 Beitragsverrechnung bei Teilzahlung für mehrere Versicherungen

7.1 Bei einer Zahlung des Beitrags

- haben Sie nicht ausdrücklich angegeben, wofür die Zahlung bestimmt ist.
- Die Zahlungsbestimmung lässt sich auch aus den Umständen nicht ableiten.

Gleichzeitig sind Beiträge aus mehreren Versicherungsverträgen fällig.

In diesem Fall erfolgt die Verrechnung eines an uns gezahlten Betrags mit fälligen Beiträgen zunächst auf denjenigen Vertrag, für den aufgrund der Rechtsfolgen der §§ 37, 38 VVG kein Versicherungsschutz besteht.

7.2

Verbleibt nach der unter § 7.1 beschriebenen Verrechnung aus dem gezahlten Beitrag noch ein Restbetrag oder lag zum Zeitpunkt der Beitragszahlung kein Zahlungsrückstand im Sinne der §§ 37, 38 VVG vor, erfolgt die Verrechnung des Beitrags in folgender Reihenfolge:

- a) Privathaftpflichtversicherung
- b) Tierhalterhaftpflichtversicherung
- c) Haus- und Grundbesitzerhaftpflichtversicherung
- d) Gewässerschadenhaftpflichtversicherung
- e) Wohngebäudeversicherung
- f) Hausratversicherung
- g) Unfallversicherung

Maßgeblich ist dabei, dass durch die vorgenannte Verrechnung offene Beiträge eines oder mehrerer der vorstehenden Versicherungsverträge vollständig ausgeglichen werden können.

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

§ 8
Dauer und Ende der Verträge,
Kündigung

- 8.1 Dauer und Ende des Vertrags**
- 8.1.1 Vertragsdauer**
Jeder rechtlich selbstständige Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.
- 8.1.2 Stillschweigende Verlängerung**
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.
- 8.1.3 Vertragsbeendigung**
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.
- 8.2 Kündigung nach Versicherungsfall**
- 8.2.1 Kündigungsrecht**
Nach dem Eintritt des Versicherungsfalls können sowohl Sie als auch wir den Versicherungsvertrag kündigen.
Die Kündigung ist in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu erklären. Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig.
Abweichende Regelungen zum Kündigungsrecht können sich aus den produktbezogenen Bedingungen zur Privat Kompakt Unfallversicherung (Teil B) ergeben.
- 8.2.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**
Kündigen Sie in Ihrer Eigenschaft als Versicherungsnehmer, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
- 8.2.3 Kündigung durch den Versicherer**
Unsere Kündigung wird einen Monat nach dem Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 9
Vorvertragliche Anzeigepflicht
des Versicherungsnehmers

- 9.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben zu gefahrerheblichen Umständen**
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.
Wenn ein Vertreter die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn er den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.
- 9.2 Mögliche Folgen einer Verletzung der Vorvertraglichen Anzeigepflicht**
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.
- 9.2.1 Rücktritt:**
Bei unvollständigen und unrichtigen Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen können wir vom Vertrag zurücktreten.
Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unvollständigen oder unrichtigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht zurücktreten. Dafür müssen Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie auch für die Vergangenheit keinen Versicherungsschutz.

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

Sie weisen nach, dass der unvollständig oder unrichtige angezeigte Umstand

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

Wird die Anzeigepflicht jedoch arglistig verletzt, besteht auch in diesem Fall kein Versicherungsschutz.

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

9.2.2 Kündigung:

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nur leicht fahrlässig oder schuldlos, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch

- *bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände zu gleichen Bedingungen*
- *zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) geschlossen hätten.*

9.2.3 Vertragsänderung:

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag zu anderen Bedingungen z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Bei einer unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Bestandteil des Vertrags.

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

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

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Änderung des Vertrags hinweisen.

9.2.4 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte:

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Änderung des Vertrags stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Änderung des Vertrags nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Änderung des Vertrags. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

9.2.5 Anfechtung:

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

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

9.2.6 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

§ 10 Verjährung	<p>10.1 Gesetzliche Verjährung Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.</p> <p>10.2 Aussetzung der Verjährung Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.</p>
§ 11 Örtlich zuständiges Gericht	<p>11.1 Klagen gegen den Versicherer Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist. • das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts. <p>Verlegen Sie jedoch nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder Niederlassung zuständig.</p> <p>11.2 Klagen gegen den Versicherungsnehmer Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig. Ist uns Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, zuständig.</p>
§ 12 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung	<p>12.1 Anzeigen und Willenserklärungen Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • an unsere Hauptverwaltung oder • an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen. <p>12.2 Anschriftenänderung Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine Willenserklärung abgeben wollen, gilt Folgendes: Unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben. Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.</p>
§ 13 Anzuwendendes Recht	<p>Für die rechtlich selbstständigen Verträge gilt deutsches Recht.</p>
§ 14 Embargobestimmung	<p>Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.</p>

Informationen zu den Extra-Services

Als Kunde der Gothaer profitieren Sie von zahlreichen Informations- und Soforthilfeleistungen rund um die Themen Auto, Reise sowie Haus und Wohnung. Das Gothaer Service-Telefon 0800 4464000 steht Ihnen hierfür an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr zur Verfügung. Die im Folgenden aufgeführten Extra-Services sind kostenfrei für Sie.

Extra-Services für unterwegs

Unterwegs und auf Reisen kann viel passieren. Und das nicht nur mit dem Auto. So individuell, wie es Ihre Situation erfordert, versuchen wir auch, Ihnen zu helfen – schnell und zuverlässig. Hier einige Beispiele:

Services bei Fahrzeug-Ausfall – Damit Sie weiter kommen, wenn Sie einmal liegen bleiben.

Wir helfen Ihnen:

- Vermitteln von Pannenhilfs-, Abschlepp- und Bergungsdiensten
- Nennen von KFZ-Werkstätten
- Organisieren des KFZ-Rücktransports (inkl. Pick-up-Service)

Traveller-Services – Damit Sie Ihre schönsten Wochen im Jahr sicher genießen können.

Wir helfen Ihnen:

- Telefonische Dolmetscherdienste
- Telefonische Reiseberatung (Impf-, Gesundheits-, Devisen- und Aufenthaltsbestimmungen)
- Nennen und Vermitteln von Hotelunterkünften, Mietwagenstationen, Dolmetschern und Rechtsanwälten im In- und Ausland
- Organisieren einer (vorzeitigen Heim- bzw. verspäteten An-) Reise
- Nennen und Einschalten von Botschaften und Konsulaten bei Notfällen im Ausland
- Hilfe bei der Ersatzbeschaffung von Pässen, Führerschein etc. und bei der Kreditkartensperrung

Gesundheits-Services – Damit Sie gut versorgt sind.

Wir helfen Ihnen:

- Nennen von qualifizierten Ärzten und Krankenhäusern im In- und Ausland, Rehakliniken etc.
- Gespräche vermitteln zwischen behandelndem Arzt und Hausarzt
- Besorgen und Versenden von lebenswichtigen Medikamenten, Brillen und medizinischen Hilfsmitteln
- Organisieren von Überführungen und Bestattungen, inkl. Abwickeln aller Formalitäten im Ausland

Die Kosten für die vermittelten Leistungen wie z. B. Medikamente oder Bahnfahrkarten werden nicht übernommen.

Extra-Services für Ihr Zuhause

Sie haben sich ausgesperrt? Oder brauchen Sie einfach für eine Renovierung einen Handwerker? Es gibt viele Situationen, bei denen wir Sie unterstützen können – schnell und qualifiziert.

Handwerker-Services

Wir vermitteln Ihnen:

- Dachdecker
- Elektro-, Gas- und Wasserinstallateure
- Gebäudereiniger
- Glaser
- Maler
- Maurer
- Rundfunk- und Fernsehtechniker
- Raumausstatter
- Tischler

Dienstleister-Services

Wir vermitteln Ihnen:

- Brand- und Wasserreinigung
- Experten für Alarmanlagen und Stahlschränke
- Haushüter
- Hotel
- Reinigung/Reparatur von Orientteppichen, Gemälden und Antiquitäten
- Sachverständige
- Schlüsseldienst
- Spedition und Möbelpacker
- Wach- und Sicherheitsdienst

Die Kosten für die jeweiligen Handwerker und Dienstleister werden übernommen, wenn ein Anspruch auf Leistungen im Schadenfall besteht.

Versicherungsbedingungen Privat Kompakt

Teil B – Produktbezogene Bedingungen Privat Kompakt Unfallversicherung Klassik, Plus und Premium

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	14
Leistungen der Privat Kompakt Unfallversicherung im Überblick	16
Produktbezogene Bedingungen für die Privat Kompakt Unfallversicherung	21
§ 1 Was ist versichert?	21
§ 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	26
§ 3 Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag	30
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	47
§ 5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	52
§ 6 Kündigungsrecht bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit	53
§ 7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	53
§ 8 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)	54
§ 9 Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	55
§ 10 Wann sind die Leistungen fällig?	56
§ 11 Die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander	56
§ 12 Kündigung nach Versicherungsfall	57
§ 13 Kündigung bei dauerhaftem Umzug ins Ausland	57
§ 14 Anpassung der Beiträge an das Lebensalter der versicherten Person	57
§ 15 Mehrpersonennachlass	58
§ 16 Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit	58
§ 17 Wechselgarantie	59
Informationen zu Ihrem Garantie-Paket	60

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Unfallversicherung

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick über die Privat Kompakt Unfallversicherung. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag
 - Versicherungsschein
 - Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen Privat Kompakt Unfallversicherung
- Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen),
- ✓ Einmalige Geldleistung im Todesfall,
- ✓ Regelmäßige Rente bis zum 70. Geburtstag oder lebenslange Rente bei besonders schweren Beeinträchtigungen durch einen Unfall,
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen,
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze,
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen.

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z. B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe),
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement.

Welche Leistungen konkret versichert sind, können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Die Höhe der Versicherungssummen und der versicherten Leistungen können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose),
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung,
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
 - ! Unfälle durch Drogenkonsum,
 - ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,
 - ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen,
 - ! Bandscheibenschäden.
- ! Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung zahlen. Wann Sie die Folgebeiträge zahlen müssen, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen. (SEPA-Lastschriftmandat).



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Andernfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von drei Jahren oder mehr? Dann können Sie Ihren Vertrag zum Ende des dritten Jahres kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer erfolgen.

Außerdem können Sie und wir den Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig kündigen. Das ist zum Beispiel nach einem Schadenfall möglich.

Leistungen der Privat Kompakt Unfallversicherung im Überblick



Für alle aufgeführten Leistungsaussagen gilt: Maßgeblich sind nur die jeweiligen produktbezogenen Bedingungen für die Unfallversicherung (Teil B). Sofern weitere individuelle Vereinbarungen getroffen sind, finden Sie die Details hierzu in den Besonderen Bedingungen (Teil C).

Leistungen	Klassik	Plus	Premium	Fundstelle
Unfallbegriff und versicherte Unfallfolgen				
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.3.1
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.3.2
Erfrierungen, Sonnenbrände und -stiche, Ertrinken, Erstickten	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.3.3
Explosions- und sonstige Druckwellen	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.3.4
Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.3.5
Höhenkrankheit	—	—	✓	§ 1 Ziffer 1.3.6
Erhöhte Kraftanstrengung	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.1
Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.1.1
Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.1.2
Gesundheitsschäden durch ausströmende Gase und Dämpfe	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.2
Unfälle unter Wasser einschließlich tauchtypischer Gesundheitsschäden	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.3
Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer	Bis 25.000 EUR	Bis 50.000 EUR	Bis 100.000 EUR	§ 1 Ziffer 1.4.3.1
Infektionen nach Durchtrennung der äußeren Hautschicht	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.4
Infektionen nach Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.4.1
Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.4.2
Allergische Reaktionen	—	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.4.3
Strahlenschäden	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.5
Lebensmittelvergiftungen	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.6.1
Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Lebensmitteln	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.6.2
Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	✓	✓	✓	§ 1 Ziffer 1.4.6.3
Unfälle durch Trunkenheit	✓ Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,3 ‰	✓ Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,3 ‰	✓ Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,5 ‰	§ 4 Ziffer 4.1.1.1
Unfälle durch einen diabetischen Schock	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.2
Unfälle durch Schlafwandeln	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.3
Unfälle durch Medikamente	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.4
Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle und Krampfanfälle	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.5
Unfälle durch Herz-/Kreislaufstörung oder Schwindel	—	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.6
Unfälle durch KO-Tropfen oder Ecstasy	—	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.7
Unfälle aufgrund einer Bewusstseinsstörung durch sonstige Ursachen	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.1.8
Unfälle bei inneren Unruhen Wenn versicherte Person nicht als Urheber oder in Ausübung der beruflichen Tätigkeit verwickelt war.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.2

✓ = Versichert — = Nicht versichert ○ = Versicherbar VSU = Versicherungssumme

Leistungen	Klassik	Plus	Premium	Fundstelle
Fahren von Motorfahrzeugen ohne Fahrerlaubnis Gilt für versicherte Personen unter 18 Jahren.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.2.1
Unfälle beim Umgang mit selbstgebaute Feuerwerkskörpern Gilt für versicherte Personen unter 18 Jahren.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.2.2
Passives Kriegsrisiko Versichert für 30 Tage nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.3
Terroranschläge	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.3
Luftfahrtunfälle Gilt für Flugschüler und Fluggäste.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.4
Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen Gilt für Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.	✓	✓	✓ inkl. lizenzfreie Rennveranstaltung	§ 4 Ziffer 4.1.5
Freizeitfahrten mit Gokarts auf öffentlichen Kartbahnen	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.1.5
Psychische und nervöse Störungen	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.2.1.1
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.2.2
Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen Wenn die überwiegende Ursache ein Unfall ist.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.2.5
Bauch- und Unterleibsbrüche Wenn die überwiegende Ursache ein Unfall ist.	✓	✓	✓	§ 4 Ziffer 4.2.6
Invaliditätsleistung: Eine Invaliditätsleistung oder eine Unfallrente muss mindestens Inhalt des Vertrages sein (§ 2 Ziffer 2.1).				
Fristen Invalidität				
• Eintritt innerhalb von	18 Monaten	21 Monaten	24 Monaten	§ 2 Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3
• Feststellung innerhalb von	24 Monaten	27 Monaten	30 Monaten	
• Geltendmachung innerhalb von	24 Monaten	27 Monaten	30 Monaten	
• Neubemessung nach Unfalleintritt – Für Versicherungsnehmer und Gothaer:	jährlich bis 3 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren jährlich bis 5 Jahre	jährlich bis 3 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren jährlich bis 5 Jahre	jährlich bis 3 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren jährlich bis 5 Jahre	§ 10 Ziffer 10.4
Fristen Invalidität bei versicherten Infektionen				
• Eintritt innerhalb von	3 Jahren	3 Jahren	3 Jahren	§ 1 Ziffer 1.4.4
• Feststellung innerhalb von	3 Jahren	3 Jahren	3 Jahren	
• Geltendmachung innerhalb von	3 Jahren und 3 Monaten	3 Jahren und 3 Monaten	3 Jahren und 3 Monaten	
• Neubemessung bei Infektionen nach ärztlicher Feststellung – Für Versicherungsnehmer und Gothaer:	bis 4 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren bis 5 Jahre	bis 4 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren bis 5 Jahre	bis 4 Jahre; bei Kindern unter 14 Jahren bis 5 Jahre	
Progressionsstaffeln – optional versicherbar	225 %, 350 %, 500 %, 500 % Plus oder 600 %	225 %, 350 %, 500 % oder 600 %	225 %, 350 %, 500 % oder 600 %	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Gliedertaxen – alternativ wählbar	M, L oder XL	L oder XL	XL oder XXL	Siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Unfallrente – optional versicherbar Sofern vereinbart, besteht Versicherungsschutz:				
Dauer der Leistung: Je nach Vereinbarung bis 70 Jahre oder lebenslange Leistung	ab 50 % Invalidität	ab 50 % Invalidität	ab 50 % Invalidität	Siehe Teil C – Besondere Bedingungen

✓ = Versichert – = Nicht versichert ○ = Versicherbar VSU = Versicherungssumme

Leistungen	Klassik	Plus	Premium	Fundstelle
Tagegeld – optional versicherbar Sofern vereinbart, besteht Versicherungsschutz:				
Dauer der Leistung: Je nach Vereinbarung mit Leistungsbeginn ab 8., 15. oder 43. Tag bis zu einem Jahr ab Unfalltag	für die Dauer der Behandlung	für die Dauer der Behandlung	für die Dauer der Behandlung	§ 2 Ziffer 2.2 bzw. § 2 Ziffer 2.2.2
Krankenhaustagegeld – optional versicherbar Sofern vereinbart, besteht Versicherungsschutz:				
Dauer der Leistung: • bei vollstationärem Aufenthalt: • bei ambulanten Operationen: • bei unfallbedingter Kurzzeitpflege:	Bis zu 3 Jahre ab Unfalltag; über das 3. Jahr hinaus bei Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Schrauben) Für 5 Tage Bis 90 Tage	Bis zu 3 Jahre ab Unfalltag; über das 3. Jahr hinaus bei Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Schrauben) Für 5 Tage Bis 90 Tage	Bis zu 5 Jahre ab Unfalltag; über das 5. Jahr hinaus bei Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Schrauben) Für 5 Tage Bis 90 Tage	§ 2 Ziffer 2.3 bzw. § 2 Ziffer 2.3.2
Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland	Bis 21 Tage	Bis 21 Tage	Bis 5 Jahre	§ 2 Ziffer 2.3.2.1
Genesungsgeld – optional versicherbar Sofern vereinbart, besteht Versicherungsschutz:				
Dauer der Leistung	für max. 500 Tage	für max. 500 Tage	für max. 750 Tage	§ 2 Ziffer 2.4
Todesfalleistung – optional versicherbar Sofern vereinbart, besteht Versicherungsschutz:				
Ableben infolge eines Unfalls	innerhalb von 12 Monaten ab Tag des Unfalls	innerhalb von 24 Monaten ab Tag des Unfalls	innerhalb von 24 Monaten ab Tag des Unfalls	§ 2 Ziffer 2.5 bzw. § 2 Ziffer 2.5.1
Todesfalleistung bei Verschollenheit	✓	✓	✓	
Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag				
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	30 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung, mind. 10.000 EUR	40 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung, mind. 10.000 EUR	40 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung, mind. 15.000 EUR (ohne Verrechnung)	§ 3 Ziffer 3.1
Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze (Bergungskosten)	Bis 50.000 EUR	Bis 100.000 EUR	Bis 1 Mio. EUR	§ 3 Ziffer 3.2
Kosten für kosmetische Operationen	Bis 50.000 EUR	Bis 100.000 EUR	Bis 1 Mio. EUR	§ 3 Ziffer 3.3
Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall	Bis 50.000 EUR	Bis 100.000 EUR	Bis 1 Mio. EUR	§ 3 Ziffer 3.4
Komageld	20 EUR/Tag für max. 30 Tage	25 EUR/Tag für max. 50 Tage	50 EUR/Tag für max. 100 Tage	§ 3 Ziffer 3.5
Versicherungsschutz für das ungeborene Leben	5.000 EUR	5.000 EUR	5.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.6
Beitragsfreie Weiterführung der Kinderunfallversicherung bei Tod des Versicherungsnehmers	✓	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.7
Versorgung des Partners Bei Tod des Versicherungsnehmers oder Ehe-/Lebenspartners	✓	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.8
Lebensretter-Unfallversicherung für Invalidität und Unfalltod	Bis 25.000 EUR	Bis 25.000 EUR	Bis 25.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.9
Helmklausel Zusätzliche Invaliditätsleistung	5.000 EUR	10.000 EUR	10.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.10
Rooming-in	30 EUR/Tag (bis 10. Übernachtung) 15 EUR/Tag (ab 11. Übernachtung)	30 EUR/Tag (bis 10. Übernachtung) 15 EUR/Tag (ab 11. Übernachtung)	60 EUR je Übernachtung	§ 3 Ziffer 3.11

✓ = Versichert — = Nicht versichert ○ = Versicherbar VSU = Versicherungssumme

Leistungen	Klassik	Plus	Premium	Fundstelle
Beitragsfreie Mitversicherung von neugeborenen leiblichen Kindern oder von Adoptivkindern				
• Invaliditätsleistung	30.000 EUR	50.000 EUR	100.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.12
• Todesfallleistung	5.000 EUR	5.000 EUR	20.000 EUR	
• Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	—	—	20 EUR	
Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern				
• Invaliditätsleistung	30.000 EUR	50.000 EUR	100.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.13
• Todesfallleistung	5.000 EUR	5.000 EUR	20.000 EUR	
• Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	—	—	20 EUR	
Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag				
Reha- und Kurbeihilfe	Bis 2.500 EUR gemeinsame VSU	Bis 10.000 EUR gemeinsame VSU inkl. bis 50 Euro/Tag, max. 2.500 EUR für ambulante Reha	Bis 25.000 EUR gemeinsame VSU inkl. bis 50 Euro/Tag, max. 2.500 EUR für ambulante Reha	§ 3 Ziffer 3.14
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	Bis 10.000 EUR	Bis 25.000 EUR	Bis 50.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.15
Psychologische Soforthilfe nach Raubüberfall/Geiselnahme/schwerem Unfall	✓	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.16.1
Invalidität oder Tod durch Medikamentenentzug bei Entführung oder Geiselnahme	✓	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.16.2
Rehamanagement	✓	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.17
Vollwaisenrente	500 EUR/Monat	500 EUR/Monat	500 EUR/Monat	§ 3 Ziffer 3.18
Doppelte Todesfallleistung für Vollwaisen	Mind. 10.000 EUR, max. 50.000 EUR	Mind. 10.000 EUR, max. 50.000 EUR	Mind. 10.000 EUR, max. 50.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.19
Nachhilfeunterricht	30 EUR/Tag für max. 50 Tage	50 EUR/Tag für max. 50 Tage	50 EUR/Tag für max. 50 Tage	§ 3 Ziffer 3.20
Erholungsgeld	Einmalig 500 EUR	Einmalig 500 EUR	Einmalig 500 EUR	§ 3 Ziffer 3.21
Haushaltshilfegeld	25 EUR/Tag, max. 2.500 EUR	50 EUR/Tag, max. 5.000 EUR	75 EUR/Tag, max. 7.500 EUR	§ 3 Ziffer 3.22
Gipsgeld	—	200 EUR	200 EUR	§ 3 Ziffer 3.23
Zerstörung von Zahnersatz	—	Bis 2.500 EUR	Bis 5.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.24
Kosten für kosmetische Operationen nach krebserkrankter Amputation der Brust	—	Bis 5.000 EUR	Bis 15.000 EUR	§ 3 Ziffer 3.25
Dolmetscher- und Übersetzungskosten	—	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.26
Fahrdienste für versicherte Kinder und Kinder von versicherten Personen	—	✓	✓	§ 3 Ziffer 3.27
Kosten für einen Krankenbesuch	—	—	✓	§ 3 Ziffer 3.28
Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit	—	—	Max. 12 Monate	§ 16 Ziffer 16.1
Beitragsverzicht bei Arbeitsunfähigkeit	—	—	Max. 12 Monate	§ 16 Ziffer 16.2
Leistungskürzung bei Krankheiten und Gebrechen				
ab Mitwirkungsanteil von:	50%	50%	Keine Leistungskürzung 50 % für festgelegte Krankheiten	§ 5 Ziffer 5.2
Garantien				
Wechselgarantie	—	—	✓	§ 17
Bedingungs- und Innovationsklausel	✓	✓	✓	Gothaer Garantie-Paket

✓ = Versichert — = Nicht versichert ○ = Versicherbar VSU = Versicherungssumme

Leistungen	Klassik	Plus	Premium	Fundstelle
Weitere Zusatzleistungen: Bausteine und Module				
Hilfs- und Pflegeleistungen in heimischer Umgebung: <ul style="list-style-type: none"> • Erstgespräch • Haus-Notrufdienst • Mahlzeitendienst • Wohnungsreinigung • Besorgungen und Einkäufe • Waschen/Pflege von Wäsche und Kleidung • Begleitung bei Arzt- oder Behörden-gängen • Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden • Fahrdienst zu Krankengymnastik/Therapien • Pflegeschulung für Angehörige • Grundpflege • Pflegeberatung • 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten • Vermittlung von Pflegehilfsmitteln • Tag- und Nachtwache • Vermittlung einer Tierbetreuung • Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen • Vermittlung des Umbaus der Wohnung • Vermittlung des Hausmeisterservice • Benennung von Hospizplätzen • Vermittlung mobile Nagel-/Fußpflege, Friseur • Vermittlung eines Pflegeplatzes (Pflegeplatzgarantie) • Vermittlung eines Umzugsservice • Versorgung von Angehörigen der versicherten Person • Kinderbetreuung 	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Besondere Leistungen für Senioren: Versicherungsschutz für Enkel in Obhut der Großeltern: <ul style="list-style-type: none"> • Invaliditätsleistung mit 50.000 Euro • Todesfallleistung mit 5.000 Euro 	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Übernahme der Rezeptgebühren	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Schmerzensgeld bei Oberschenkelhalsbruch	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	○ über CuraPlus	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche: <ul style="list-style-type: none"> • Wegeleistung: zusätzliche Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung von 20.000 EUR (keine Progression) • Knochenbruchleistung: Bis 3.000 EUR • Zahnspongengersatz: Bis 2.500 EUR 	○ über Kinder-Zusatzschutz	○ über Kinder-Zusatzschutz	○ über Kinder-Zusatzschutz	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen
Sofortleistung bei Knochenbrüchen Einmalzahlung in der gewählten Höhe bei Knochenbrüchen	○ über Knochen-Zusatzschutz	○ über Knochen-Zusatzschutz	○ über Knochen-Zusatzschutz	Sofern vereinbart, siehe Teil C – Besondere Bedingungen

✓ = Versichert — = Nicht versichert ○ = Versicherbar VSU = Versicherungssumme

* Bei gleichzeitiger Mitversicherung des KinderZusatzschutzes leisten wir aus beiden Bausteinen die entsprechende Knochenbruchleistung.

Produktbezogene Bedingungen für die Privat Kompakt Unfallversicherung

§1 Was ist versichert?

Der Versicherungsschutz ist abhängig von der mit uns vereinbarten Produktlinie Klassik, Plus oder Premium. Er ist ferner abhängig von den mit uns vereinbarten Leistungen und den hierzu gewählten Versicherungssummen.

Er ist auch abhängig von der mit uns vereinbarten Gliedertaxe und von weiteren mit uns vereinbarten Besonderen Bedingungen (z. B. für eine progressive Invaliditätsstaffel, für eine Unfallrente oder für den KnochenZusatzschutz).

Die von Ihnen mit uns vereinbarten

- Leistungen und
- Versicherungssummen und
- Besonderen Bedingungen

gehen aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und dessen Nachträgen hervor.

Dort finden Sie auch die mit uns vereinbarte Gliedertaxe.

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Wo und wann gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr

1.3 Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

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

erleidet.

Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

1.3.1 Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Gesundheitsschädigung der versicherten Person

- bei der rechtmäßigen Verteidigung oder
 - der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen
- gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Schutz dieser Versicherung.

1.3.2 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Ein unfreiwilliger

- Flüssigkeitsentzug und/oder
- Nahrungsmittelentzug und/oder
- Sauerstoffentzug

fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.3 Erfrierungen, Sonnenbrände und -stiche, Ertrinken, Ersticken

Eine unfreiwillige Schädigung der Gesundheit durch

- Erfrierungen oder
- Sonnenbrände oder
- Sonnenstiche oder
- Ertrinken oder
- Ersticken

sind versichert, auch wenn sie nicht Folge eines Unfallereignisses sind.

Gleiches gilt für

- den unfreiwilligen Tod durch Erfrieren, Ertrinken bzw. Ersticken.

1.3.4 Explosions- oder sonstige Druckwellen

Eine Gesundheitsschädigung durch eine

- Explosionswelle oder
- sonstige Druckwelle

fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.5 Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung

Eine Gesundheitsschädigung durch eine

- mechanische oder
- chemische oder
- elektrische

Einwirkung fällt unter den Versicherungsschutz.

1.3.6 Höhenkrankheit

Eine Gesundheitsschädigung durch ein

- Höhenlungenödem (HAPE) oder
- Höhenhirnödem (HACE)

aufgrund einer akuten Höhenkrankheit (AMS) fällt je nach vereinbarter Produktlinie unter den Versicherungsschutz.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

1.4 Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt

Hierzu ein Beispiel:

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

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt
- Menisken oder sonstige Knorpel schädigt
- einen sonstigen Schaden an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zuzieht.

Hierzu ein Beispiel:

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

Schädigungen der Bandscheiben werden von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung. Der Muskeleinsatz geht hierbei über die normalen Handlungen des täglichen Lebens

- im Alltag oder
- im Beruf oder
- beim Sport

hinaus.

Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.1.1 Bauch und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person

- Bauch- und Unterleibsbrüche verursacht werden oder
- Aufgrund von Vorwölbungen von Bauchorganen (z.B. Darm oder Darmnetz) bisher unbekannte Bauch- und Unterleibsbrüche erstmalig deutlich erkennbar werden.

Eine ggf.

- vorher bestehende,
- angeborene oder
- erworbene Schwächung

der Bauchwand oder Erweiterung des Leistenkanals rechnen wir nicht im Sinne von § 5 „Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?“ an.

1.4.1.2 Eigenbewegungen

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt,
- Menisken oder sonstige Knorpel schädigt,
- Knochenbrüche zuzieht,
- einen sonstigen Schaden an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zuzieht.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Eigenbewegung ist immer eine von der versicherten Person selbst ausgelöste Bewegung, die dann zu einer Gesundheitsschädigung führt. Etwa ein Bänderriss beim Joggen.

1.4.2 Schädigung der Gesundheit durch ausströmende Gase und Dämpfe

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch die Einatmung plötzlich ausströmender

- Gase,
- Dämpfe.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Darüber hinaus gilt als Unfall je nach vereinbarter Produktlinie auch die Einatmung plötzlich ausströmender

- Dünste,
- Staubwolken,
- Säuren oder
- anderer gesundheitsschädlicher Stoffe.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person den Einwirkungen

- unbewusst oder
- unentrinnbar und
- mehrere Stunden

ausgesetzt war.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Je nach vereinbarter Produktlinie gilt als plötzlich ein Zeitraum von bis zu 7 Tagen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen

- unbewusst oder
- unentrinnbar

ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

1.4.3 Unfälle unter Wasser einschließlich tauchtypischer Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt oder
- ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Als tauchtypische Gesundheitsschäden gelten z. B.

- die Caissonkrankheit
- Verletzungen des Trommelfells.

1.4.3.1 Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer

Erleidet die versicherte Person während eines Tauchvorgangs einen tauchtypischen Gesundheitsschaden, so übernehmen wir die Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer bis zu der Versicherungssumme, die für die jeweilige Produktlinie gilt.

Voraussetzung ist, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Diese Leistung nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungen vereinbarten Summendynamik teil.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungen, so zahlen wir diese Kosten nur aus einer der Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	25.000 EUR
Unfallversicherung Plus	50.000 EUR
Unfallversicherung Premium	100.000 EUR

1.4.4 Infektionsklausel

Versichert sind auch Infektionen, bei denen aus

- der Krankheitsgeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

hervorgeht, dass die Krankheitserreger

- durch eine Beschädigung der Haut oder der Schleimhaut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch das Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Es spielt keine Rolle, ob die Infektion bei der Ausübung der Berufstätigkeit oder einer sonstigen Tätigkeit entstanden ist.

Die äußere Hautschicht wird z. B. durch einen Zeckenstich durchtrennt.

Die durch Zeckenstich verursachten Infektionen wie

- Borreliose oder
- FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis)

fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.

Es fallen auch folgende Infektionskrankheiten unter den Versicherungsschutz, bei denen die Krankheitserreger ebenfalls durch eine Durchtrennung mindestens der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:

- Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird.
- Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Schlafkrankheit, die durch den Stich der Tsetsefliege übertragen wird.
- Tetanus (Wundstarrkrampf), der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.
- Tollwut, die durch den Biss eines Tieres übertragen wird.
- Tularämie (Hasenpest), die durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Nagetieren, Hasen, Hunden, Katzen, Wildkaninchen übertragen wird.

Die vorgenannte Aufzählung von Infektionskrankheiten ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheitserreger und der Voraussetzung für eine Leistung ist von Ihnen durch einen ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der ärztliche Bericht hat sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse zu orientieren und entsprechende Laborbefunde zu enthalten.

Abweichend von § 8 Ziffer 8.1 reicht es aus, wenn Sie den Versicherer unverzüglich unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von § 2 Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht worden ist.

Abweichend von § 10 Ziffer 10.4 sind wir berechtigt, längstens bis zu 4 Jahre nach der ärztlichen Feststellung der erstmaligen Infektion, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Für Sie bleibt es bei der Frist von 5 Jahren. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es für Sie und uns bei einer Frist von 5 Jahren.

1.4.4.1 Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten

Mitversichert sind auch durch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten hervorgerufene Infektionen (Impfschäden).

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit.

1.4.4.2 **Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)**

Versichert sind auch folgende Infektionskrankheiten:

- Brucellose (Maltafieber),
- Cholera,
- Diphtherie,
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm),
- epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Hirnhautentzündung (Meningitis),
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Masern,
- Mumps,
- Pest,
- Röteln,
- Dreitagefieber
- Scharlach,
- Tuberkulose,
- Windpocken.

Bei diesen abschließend aufgezählten Infektionskrankheiten ist es nicht notwendig, dass die Krankheitserreger

- durch eine Durchtrennung der äußeren Hautschicht, oder
 - durch ein Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase
- in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Es spielt keine Rolle, ob die Infektion bei der Ausübung der Berufstätigkeit oder einer sonstigen Tätigkeit entstanden ist.

1.4.4.3 **Allergische Reaktionen**

Mitversichert sind je nach vereinbarter Produktlinie auch die nicht infektiösen Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

Der § 5 „Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?“, nach dem die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, wird hier nicht angewendet.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

1.4.5 **Strahlenschäden**

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert, soweit sie sich als Unfälle darstellen. Nicht versichert sind Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten, die Folge des regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten sind.

Ferner sind gemäß § 4 Ziffer 4.1.6 Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.4.6 **Vergiftungen**

1.4.6.1 **Lebensmittelvergiftungen**

Versichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen.

1.4.6.2 **Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Lebensmitteln**

Die versicherte Person isst oder trinkt Stoffe, die zu einer Vergiftung führen,

- weil sie für einen Menschen schädlich sind und
- sie diese Stoffe irrtümlich für Lebensmittel gehalten hat.

Eine solche Vergiftung ist versichert.

1.4.6.3 **Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund**

Vergiftungen der versicherten Person

- durch die Einnahme
- fester oder flüssiger Stoffe
- durch den Schlund

sind versichert. Das Alter der versicherten Person spielt hierbei keine Rolle.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Vergiftungen

- durch Alkohol und
- durch illegale Drogen

bei versicherten Personen, die das im Rahmen der vereinbarten Produktlinie vorgesehene Lebensjahr bereits vollendet haben.

Produktlinie	Vollendetes Lebensjahr
Unfallversicherung Klassik	das 14. Lebensjahr
Unfallversicherung Plus	das 14. Lebensjahr
Unfallversicherung Premium	das 18. Lebensjahr

Illegale Drogen sind

- nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel der Anlage I und
- verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel der Anlage III des Betäubungsmittel-Gesetzes (BtMG).

1.5 Einschränkung der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschäden können wir keine oder nur eingeschränkten Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie deshalb die Regelungen über

- die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz (§ 4),
- die Einschränkung der Leistungen bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen (§ 5),
- die nicht versicherbaren Personen (§ 6).

§2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

Hierzu ein Beispiel:

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

2.1.1.2 Eintrittsfrist und ärztliche Feststellung

Die Invalidität ist

- innerhalb der zur vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall eingetreten (Eintrittsfrist) und
- innerhalb der zur vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt (Ärztliche Feststellung) worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung.

Produktlinie	Eintrittsfrist	Ärztliche Feststellung
Unfallversicherung Klassik	18 Monate	24 Monate
Unfallversicherung Plus	21 Monate	27 Monate
Unfallversicherung Premium	24 Monate	30 Monate

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb der zur vereinbarten Produktlinie genannten Frist nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen kann das Versäumen der Frist entschuldigt werden.

Hierzu ein Beispiel:

Sie haben bei dem Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Produktlinie	Frist zur Geltendmachung
Unfallversicherung Klassik	24 Monate
Unfallversicherung Plus	27 Monate
Unfallversicherung Premium	30 Monate

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In einem solchen Fall zahlen wir eine mitversicherte Todesfalleistung (§ 2 Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir Ihnen als einmaligen Kapitalbetrag.

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Hier ein Beispiel:

Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum der Bemessung

Die Höhe des Invaliditätsgrads richtet sich

- nach der von Ihnen gewählten Gliedertaxe (§ 2 Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (§ 2 Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität § 10 Ziffer 10.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Körperteilen und Sinnesorganen gelten ausschließlich die genannten Invaliditätsgrade in der von Ihnen gewählten Gliedertaxe.

Die zur Auswahl stehenden Gliedertaxen finden Sie in Teil C – Besondere Bedingungen als Volltext.

Die von Ihnen gewählte Gliedertaxe geht aus Ihrem Antrag und Versicherungsschein hervor.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung der Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie bemisst sich nach den § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 und § 2 Ziffer 2.1.2.2.2.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Hierzu ein Beispiel:

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

2.1.2.2.3.1 Keine Anrechnung der Vorinvalidität bei Auge und Gehör

Waren

- das Augenlicht und/oder
- das Gehör

vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird die Vorinvalidität je nach vereinbarter Produktlinie nicht mindernd angerechnet.

Voraussetzung ist, dass die vorherige Beeinträchtigung

- durch Hörgeräte und/oder
- durch Brillen und/oder
- durch Kontaktlinsen

ausgeglichen worden war und das Gehör oder das Augenlicht durch den Unfall nun vollständig verloren gegangen ist.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können

- mehrere Körperteile oder
- Sinnesorgane

beeinträchtigt sein. In einem solchen Fall werden die ermittelten Invaliditätsgrade addiert.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Hierzu ein Beispiel:

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität

- aus unfallfremder Ursache innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 2.1.1 entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Tagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

Sofern der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf soweit als möglich nachgeht, wird dies nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte und ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, einer Beschäftigung nachzugehen (z. B. Besuch des Kindergartens oder der Schule oder Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.), wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Wir zahlen das Tagegeld abgestuft nach dem Ausmaß der ärztlich festgestellten Beeinträchtigung.

Hierzu ein Beispiel:

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

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls. Unsere Zahlung setzt erst nach Ablauf der von Ihnen gewählten Karenzzeit ab dem 8., dem 15. oder dem 43. Tag ein.

2.3 Krankenhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

- führt aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durch

Produktlinie	Versicherter Zeitraum
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Als vollstationäre Heilbehandlung gilt

- ein mindestens 24-stündiger Krankenhausaufenthalt
- ein mindestens 24-stündiger Aufenthalt in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischtes Institut)

Als vollstationäre Heilbehandlung gilt auch eine/ein unmittelbar an den ersten unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt anschließende/-r

- vollstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)
- berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- vollstationärer Aufenthalt zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim, einem Sanatorium oder einer Kurklinik.

Als unmittelbar gilt ein Zeitraum von 21 Tagen.

Nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen gelten

- Kuren
- Aufenthalte in Pensionen
- Aufenthalte in Hotels
- Aufenthalte in Erholungsheimen

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation.

- Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch über den zur vereinbarten Produktlinie genannten Zeitraum, vom Unfalltag angerechnet
- über den zur Produktlinie genannten Zeitraum hinaus, wenn der vollstationäre Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient

Produktlinie	Versicherter Zeitraum
Unfallversicherung Klassik	3 Jahre
Unfallversicherung Plus	3 Jahre
Unfallversicherung Premium	5 Jahre

- bei einer unfallbedingten ambulant durchgeführten Operation für 5 Tage. Es entsteht hierdurch kein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne des § 2 Ziffer 2.4.1.
- bei unfallbedingtem vollstationärem Aufenthalt zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim bis zu einer Dauer von 90 Tagen.

2.3.2.1 Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

Führt ein Unfall im Ausland zu einem medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt in dem betreffenden Land gilt:

- Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld über den in der vereinbarten Produktlinie genannten Zeitraum in doppelter Höhe.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in welchem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält.

Haben Sie mit uns auch ein Genesungsgeld gemäß § 2 Ziffer 2.4 vereinbart, so zahlen wir Ihnen nur das einfache Genesungsgeld.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	21 Tage
Unfallversicherung Plus	21 Tage
Unfallversicherung Premium	5 Jahre

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und
- hat Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 2 Ziffer 2.3 und
- hat das Genesungsgeld zum Krankenhaustagegeld vereinbart.

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld auch für den Fall, dass die versicherte Person während der unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung an den Unfallfolgen verstirbt.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird von uns

- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme und
- für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten.

Wir zahlen das Genesungsgeld aber höchstens über den in der vereinbarten Produktlinie genannten Zeitraum.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	500 Tage
Unfallversicherung Plus	500 Tage
Unfallversicherung Premium	750 Tage

2.5 Todesfalleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres gestorben oder
- nach dem Verschollenheitsgesetz (VerschG) für tot erklärt worden.

Wir weisen Sie auf die besonderen Pflichten nach § 8 Ziffer 8.5 hin.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Erweiterte Eintrittsfrist:

Wir erweitern die vorgenannte Frist je nach vereinbarter Produktlinie von 12 auf 24 Monate für den Fall, dass ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach § 2 Ziffer 2.1.1 in diesem Zeitraum nicht entstanden ist.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 3 Generell mitversicherte Leistungen ohne Mehrbeitrag

3.1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- erleidet einen Unfall
- der zu einer schweren Verletzung ohne akute Lebensgefahr führt.

Eine schwere Verletzung liegt bei einem zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor.

Die nachfolgend abschließend aufgezählten Verletzungen gelten immer als schwere Verletzung. Der zu erwartende Invaliditätsgrad spielt hierbei keine Rolle:

- Komplette oder inkomplette Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Dauerhafte Sehminderung von mindestens 60 % auf beiden Augen
- Amputation eines ganzen Fußes
- Amputation einer ganzen Hand

oder

- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma)

Schwere Mehrfachverletzungen sind:

- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und/oder Unterarms oder des Ober- und/oder Unterschenkels oder

- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen
oder
- Eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

3.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen

- vor Abschluss des Heilverfahrens
- eine Sofortleistung in Höhe des in der vereinbarten Produktlinie genannten Prozentsatzes
- aus der Summe, die sich aus dem zu erwartenden Invaliditätsgrad errechnet.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	30 %
Unfallversicherung Plus	40 %
Unfallversicherung Premium	40 %

Wir zahlen Ihnen jedoch mindestens den in der vereinbarten Produktlinie genannten Betrag.

Produktlinie	Mindestbetrag
Unfallversicherung Klassik	10.000 EUR
Unfallversicherung Plus	10.000 EUR
Unfallversicherung Premium	15.000 EUR

Besteht für die versicherte Person aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist die Sofortleistung auf die Versicherungssumme für eine vereinbarte Todesfalleistung begrenzt.

Die Sofortleistung wird auf die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung, die sich nach § 2 Ziffer 2.1.2 errechnet, angerechnet.

Ja nach vereinbarter Produktlinie verzichten wir bis zu 15.000 Euro auf eine Anrechnung. Errechnet sich für die Sofortleistung tatsächlich ein höherer Wert, rechnen wir nur den übersteigenden Anteil auf die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung an.

Produktlinie	Anrechnungsverzicht
Unfallversicherung Klassik	kein Anrechnungsverzicht
Unfallversicherung Plus	kein Anrechnungsverzicht
Unfallversicherung Premium	Anrechnungsverzicht bis 15.000 Euro

3.1.3 Rückforderungsverzicht

Sollte die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung geringer ausfallen, als die von uns ausbezahlte Sofortleistung, fordern wir die entsprechende Differenz nicht von Ihnen zurück.

Ergibt sich tatsächlich kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung, fordern wir die von uns ausbezahlte Sofortleistung ebenfalls nicht von Ihnen zurück.

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (Bergungskosten)

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden
- den ärztlich angeordneten oder medizinisch notwendigen Transport in das nächste Krankenhaus, zu einer Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer
- den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall
- die zusätzliche Heimfahrt, Unterbringung und Verpflegung der mitreisenden minderjährigen Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland, sowie bei betreuungspflichtigen Personen für eine Begleitperson
- die Bestattung im Ausland bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland entstanden.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für

- den medizinisch notwendigen Krankenrücktransport nach einem Unfall im Ausland und einem dortigen mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt in ein Krankenhaus ihres Heimatorts oder in der Nähe ihres Heimatorts

- für die Unterbringung und Verpflegung einer ihr nahestehenden Person, wenn auf Reisen ein unfallbedingter Krankenhausaufenthalt über den geplanten Rückreisetermin hinausgeht entstanden. Je nach vereinbarter Produktlinie werden diese Kosten nach § 3 Ziffer 3.2.2 ersetzt.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

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

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten

- nachgewiesene und
- nicht von Dritten übernommene Kosten
- insgesamt bis zu der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme.

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	50.000 Euro
Unfallversicherung Plus	100.000 Euro
Unfallversicherung Premium	1.000.000 Euro

Wir übernehmen die Kosten für eine Bestattung im Ausland bis zu der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme.

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	5.000 Euro
Unfallversicherung Plus	5.000 Euro
Unfallversicherung Premium	5.000 Euro

Für den medizinisch notwendigen Krankenrücktransport nach einem Unfall im Ausland erstatten wir je nach vereinbarter Produktlinie insgesamt bis zu 5.000 Euro. Ist die Versicherungssumme für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze der vereinbarten Produktlinie bereits aufgebraucht, so erstatten wir die 5.000 Euro zusätzlich.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

3.3 Kosten für kosmetische Operationen

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- insgesamt bis zu der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	50.000 Euro
Unfallversicherung Plus	100.000 Euro
Unfallversicherung Premium	1.000.000 Euro

3.4 Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall

3.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide-, Eck- oder Backenzähnen behandeln zu lassen.

Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von

- Brücken,
- Kronen,
- Stiftzähnen,
- Gebissen und
- Implantaten.

Die Zahnbehandlung erfolgt

- durch einen Zahnarzt
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Kosten der Zahnbehandlung
- Kosten für Zahnersatz
- insgesamt bis zu der in der jeweils vereinbarten Produktlinie hierfür vorgesehenen Versicherungssumme

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	50.000 Euro
Unfallversicherung Plus	100.000 Euro
Unfallversicherung Premium	1.000.000 Euro

Die Kosten für Zahnbehandlung oder Zahnersatz werden der Versicherungssumme entnommen, die in der jeweils vereinbarten Produktlinie für kosmetische Operationen vorgesehen sind (§ 3 Ziffer 3.3.2).

3.5 Komageld

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- fällt infolge eines Unfalls in ein Koma oder
- wird infolge eines Unfalls in ein künstliches Koma versetzt.

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für den Zeitraum des Komats

- den Betrag pro Tag, der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehen ist
- längstens jedoch für den in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Zeitraum

Produktlinie	Betrag pro Tag	Zeitraum
Unfallversicherung Klassik	20 EUR	max. 30 Tage
Unfallversicherung Plus	25 EUR	max. 50 Tage
Unfallversicherung Premium	50 EUR	max. 100 Tage

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.6 Versicherungsschutz für das ungeborene Leben

3.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die schwangere versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- in dessen Folge kommt es zu einer Totgeburt.

3.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- eine Todesfallleistung
- in Höhe von 5.000 Euro.

3.7 Die beitragsfreie Weiterführung der Kinderunfallversicherung bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn Sie während der Vertragsdauer sterben und

- der Vertrag nicht gekündigt war und
- ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse nach Ablauf der in § 4 Ziffer 4.1.3 genannten Frist von 30 Tagen verursacht wurde

gilt Folgendes:

- Wir führen den Vertrag mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang beitragsfrei weiter.
- Neuer Versicherungsnehmer wird der gesetzliche Vertreter, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- Die beitragsfreie Weiterführung endet mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag).

3.8 Versorgung des Partners

3.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner

- verstirbt während der Vertragslaufzeit
- der Vertrag war bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt.

3.8.2 Art der Leistung

Der Vertrag wird beitragsfrei weitergeführt:

- ab dem Todestag
- mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsarten und Versicherungssummen
- bis zum Ende des Versicherungsjahres

3.9 Lebensretter-Unfallversicherung

3.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine vertragsfremde Person

- erleidet einen Unfall
- bei ihrer Bemühung zur Rettung der verunfallten versicherten Person.

Die vertragsfremde Person ist

- zum Zeitpunkt der Rettung
- nicht für eine Rettungsorganisation (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz.

3.9.2 Art und Höhe der Leistung

Versichert sind

- 25.000 Euro für die Invaliditätsleistung und
- 25.000 Euro für die Todesfallleistung.

Die versicherte Person hat bei uns noch weitere Unfallversicherungsverträge

- wir erbringen die Leistung nur aus einem Vertrag.

3.10 Helmklauseel

3.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall beim

- Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz),
- Inlineskating,
- Kitesurfen,
- Reiten,
- Rodeln,
- Rollerskating,
- Skateboarden,
- Ski Alpin,
- Wakeboarden,
- Windsurfen,
- Surfen (Wellenreiten)

ein Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades und trägt zum Zeitpunkt des Unfalls einen handelsüblichen Helm.

3.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- einmalig eine zusätzliche Invaliditätsleistung
- in Höhe der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	5.000 Euro
Unfallversicherung Plus	10.000 Euro
Unfallversicherung Premium	10.000 Euro

3.11 Rooming-in

3.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind

- erleidet vor der Vollendung des 18. Lebensjahres einen Unfall
- der eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung notwendig macht.

3.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen einen pauschalen Kostenzuschuss

- bei Übernachtung eines Erziehungsberechtigten mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in)
- in Höhe der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme

je Übernachtung

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	30 EUR bis zur 10. Übernachtung 15 EUR ab der 11. Übernachtung
Unfallversicherung Plus	30 EUR bis zur 10. Übernachtung 15 EUR ab der 11. Übernachtung
Unfallversicherung Premium	60 EUR je Übernachtung

3.12 Beitragsfreie Mitversicherung von neugeborenen leiblichen Kindern oder von Adoptivkindern

3.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie

- sind während der Vertragslaufzeit Mutter oder Vater eines leiblichen Kindes geworden oder
- haben ein minderjähriges Kind adoptiert.

3.12.2 Art und Höhe der Leistung

Es besteht beitragsfreier Versicherungsschutz

- ab dem Tag der Geburt bzw.
- ab dem Tag der Rechtsgültigkeit der Adoption
- bis zum Ende des auf die in § 3 Ziffer 3.12.1 genannten Ereignisse folgenden Versicherungsjahres.

Versichert sind

- für die Invaliditätsleistung
- für die Todesfallleistung.
- für das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (nur bei Premium)

die für die vereinbarte Produktlinie vorgesehenen Versicherungssummen.

Produktlinie	Leistungsart	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	30.000 EUR 5.000 EUR nicht versichert
Unfallversicherung Plus	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	50.000 EUR 5.000 EUR nicht versichert
Unfallversicherung Premium	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	100.000 EUR 20.000 EUR 20 EUR

3.13 Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern

3.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie schließen

- während der Vertragslaufzeit eine Ehe oder
- eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebens-Partnerschafts-Gesetzes (LPartG).

3.13.2 Art und Höhe der Leistung

Es besteht beitragsfreier Versicherungsschutz

- ab dem Tag der Eheschließung für Ihre Ehegattin oder Ehegatten bzw.
- ab dem Tag der Rechtsgültigkeit der eingetragenen Lebenspartnerschaft für Ihre Lebenspartnerin oder Lebenspartner
- bis zum Ende des auf die in § 3 Ziffer 3.12.1 genannten Ereignisse folgenden Versicherungsjahres.

Versichert sind

- für die Invaliditätsleistung
- für die Todesfallleistung.
- für das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (nur bei Premium)

die für die vereinbarte Produktlinie vorgesehenen Versicherungssummen.

Produktlinie	Leistungsart	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	30.000 EUR 5.000 EUR nicht versichert
Unfallversicherung Plus	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	50.000 EUR 5.000 EUR nicht versichert
Unfallversicherung Premium	Invaliditätsleistung Todesfallleistung Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	100.000 EUR 20.000 EUR 20 EUR

3.14 Reha- und Kurbeihilfe

3.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen

- innerhalb von 3 Jahren, gerechnet ab dem Tag des Unfalls
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen
- eine stationäre und medizinisch notwendige Rehamaßnahme oder Kur durchgeführt

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

oder je nach vereinbarter Produktlinie

- eine ambulante und medizinisch notwendige Rehamaßnahme durchgeführt.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Sie haben uns diese Voraussetzungen

- durch einen objektiven
- am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten
- ärztlichen Bericht

nachgewiesen.

3.14.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Reha- und Kurbeihilfe für die stationäre Rehamassnahme oder Kur

- einmal je Unfall
- in Höhe der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Versicherungssumme.

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	2.500 Euro
Unfallversicherung Plus	5.000 Euro
Unfallversicherung Premium	5.000 Euro

Wir zahlen die der versicherten Person tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten bis zu dem in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Höchstbetrag, wenn diese 5.000 Euro übersteigen.

Produktlinie	Höchstbetrag für nachgewiesene Kosten
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	10.000 Euro
Unfallversicherung Premium	25.000 Euro

Liegen die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten unter 5.000 Euro, so zahlen wir je nach vereinbarter Produktlinie mindestens den Betrag von 5.000 Euro.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Für eine **ambulante** Rehamassnahme zahlen wir je nach vereinbarter Produktlinie die nachgewiesenen Kosten

- bis zu 50 Euro je Tag,
- höchstens aber 2.500 Euro.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.15 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

3.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- einen Unfall erlitten, der
- nach § 2 Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Wir übernehmen die Kosten nur dann, wenn Sie uns die medizinische Notwendigkeit nachweisen.

3.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person
- den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. ein Exoskelett oder moderne Prothetik)
- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

sowie je nach vereinbarter Produktlinie

- den behinderungsgerechten Umbau des vorhandenen Sportgeräts
- die Anschaffung eines entsprechend geeigneten Sportgeräts

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

bis zu insgesamt der Versicherungssumme, die in der jeweils vereinbarten Produktlinie hierfür vorgesehen ist.

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	10.000 EUR
Unfallversicherung Plus	25.000 EUR
Unfallversicherung Premium	50.000 EUR

Wir übernehmen je nach vereinbarter Produktlinie die erforderlichen Kosten für

- die behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes der versicherten Person
- bis zu insgesamt 2.500 Euro.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt für die behinderungsbedingten Mehraufwendungen nicht.

3.16 Raubüberfall/Geiselnahme/schwerer Unfall

3.16.1 Psychologische Soforthilfe

3.16.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist Opfer eines Raubüberfalls oder
- einer Entführung oder Geiselnahme geworden oder
- hat einen schweren Unfall erlitten, der zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt hat.

Ein schwerer Unfall liegt vor, wenn er nach § 2 Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

3.16.1.2 Art und Dauer der Leistung

Wir ersetzen die Kosten für

- die ersten 10 Sitzungen zur
- psychologischen Soforthilfe.

unmittelbar nach Eintritt der in § 3 Ziffer 3.16.1.1 genannten Voraussetzungen.

3.16.2 Medikamentenzug

3.16.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person

- ist Opfer einer Entführung oder Geiselnahme geworden
- in deren Folge ist es ihr nicht möglich, ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen
- hierdurch tritt eine Gesundheitsschädigung oder der Tod ein

3.16.2.2 Art der Leistung

Durch den Medikamentenzug kommt es zu einer Gesundheitsschädigung,

- wir leisten aus den Leistungsarten, die für die versicherte Person vertraglich vereinbart sind,
- wenn die dort genannten Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind.

Die vereinbarten Leistungsarten sind in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen aufgeführt, die Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 2 und 3.

Durch den Medikamentenzug tritt der Tod ein,

- wir zahlen eine Todesfallleistung (§ 2 Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

3.17 Rehamanagement

Das Rehamanagement navigiert und begleitet die verunfallte versicherte Person

- durch das System der Sozialleistungsträger und
- der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Rehakliniken)
- während des gesamten Genesungsprozesses.

Ziel ist es

- eine optimale Versorgungssituation zu schaffen
- um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

Das Rehamanagement erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

Ausnahme:

Der Auslandsaufenthalt ist Teil des Rehabilitationsprozesses. Er wurde von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen.

3.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- der zu einer Akutbehandlung in einem Krankenhaus von mindestens 14 zusammenhängenden Tagen führt.

3.17.2 Beauftragung eines qualifizierten Dienstleisters

Hat die versicherte Person Anspruch auf ein Rehamanagement, so beauftragen wir einen qualifizierten Dienstleister

- mit der Erhebung eines Rehamanagement-Bedarfs und
- mit der Durchführung

Der Rehamanagement-Bedarf wird

- durch ein Ersthilfe-Telefonat oder
- zusätzlich durch ein Vorortgespräch
 - mit der versicherten Person und
 - deren Angehörigen und
 - den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus

erhoben.

Als Angehörige gelten

- Ehegatten,
- eingetragene Lebenspartner,
- mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft,
- volljährige Kinder,
- Eltern.

Aus dem erhobenen Rehamanagement-Bedarf leitet der qualifizierte Dienstleister ab, ob es sich

- um einen kleinen Rehafall oder
- um einen großen Rehafall handelt

und leitet die entsprechenden Schritte ein.

3.17.3 Entbindung von der Schweigepflicht

Der von uns beauftragte Dienstleister kann nur dann tätig werden, wenn behandelnde Personen und Einrichtungen, z. B.

- Angehörige von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Der Dienstleister wird die versicherte Person im Rahmen des Ersthilfe-Telefonats nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3.17.4 Kleiner Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor,

- wenn der Rehamanagement-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird,
- die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird und
- der Hausarzt oder ein Facharzt die weitere Behandlung ambulant durchführt.

3.17.4.1 Die Leistungen bei einem kleinen Rehafall

Die Rehabetreuung

Im Rahmen der Rehabetreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung)

- mit der versicherten Person und
- mit den behandelnden Ärzten.

Der telefonische Kontakt zu den behandelnden Ärzten erfolgt jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungssektor.

Einer Akutbehandlung im Krankenhaus folgt eine ambulante medizinische Weiterversorgung durch den Hausarzt oder einen Facharzt.

Die Rehaberatung

Den Angehörigen wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet eine Beratungsleistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der Angehörigen im Rehaprozess der versicherten Person. Zu den Aktivitäten der Angehörigen zählen z. B. Amts- und Behördenvorgänge.

Finanzielle Beihilfen

Wir finanzieren einmalig zusätzliche ambulante therapeutische Maßnahmen geringeren Umfangs, die im Rahmen der Betreuung als notwendig erkannt worden sind.

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

Wir übernehmen hierbei die Kosten für maximal 5 Behandlungen einer dieser therapeutischen Maßnahmen.

3.17.5 Großer Rehafall

Ein großer Rehafall liegt vor, wenn

- der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird,
- und die versicherte Person nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus noch für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen arbeitsunfähig ist.

Er liegt immer vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen erlitten hat:

- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
- Knöchelverletzung der Wirbelsäule
- Polytrauma (Verletzung mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
- Morbus Sudeck (CRPS)
- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenke).

3.17.5.1 Die Leistungen bei einem großen Rehafall

Die Rehabetreuung

Der Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufsbegleitung. Sie erfolgt jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungswechsel. Diese aktive telefonische Verlaufsbegleitung beginnt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- ständige Kontrolle des Soll-Ist-Zustandes und Problemlösungsgespräche mit allen Beteiligten
- regelmäßige Situationsbesprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungs-Koordinierung unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatzsicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der für den Arbeitsplatz benötigten Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungsstätten)
- Berufliche Reintegrationshilfen (Arbeitsplatzakquise- und Bewerbungsunterstützung)

Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird

- eine Beratung zu den Leistungsvoraussetzungen und
- eine Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen

bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungsträger angeboten.

Gleichzeitig wird über:

- Aspekte der sozialen Rehabilitation,
- Aspekte der schulischen Rehabilitation oder
- Aspekte der beruflichen Rehabilitation

informiert.

Aus der jeweiligen Situation heraus werden

- Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und
- bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

Auf Wunsch können Kontakte zu

- qualifizierten ambulanten Versorgungseinrichtungen oder
- medizinischen Fachkräften

vermittelt oder terminiert werden.

Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen

- im Haus,
- in der Wohnung oder
- des KFZ

Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Dienstleister begleitet.

Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete

- Heilmittel und
- Hilfsmittel.

Rückführungsberatung und Rückführungsbegleitung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinderunfallversicherung

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den

- Kostenträgern,
- Bildungsverantwortlichen,
- pädiatrischen Fördereinrichtungen und
- Eltern

über die Rückführung

- in die Kindertagesstätte,
- in die Schule oder
- an den Ausbildungsplatz

organisiert und aktiv begleitet.

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rückführungsplan zum nahtlosen Übergang aus der Rehabilitation.

Sind neben dem Rückführungsplan zusätzliche Maßnahmen erforderlich, so werden diese koordiniert und begleitet.

Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Normalität des weiteren Bildungs- oder Ausbildungsweges.

Rückführungsberatung und Rückführungsbegleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung für Erwachsene

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche

- mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation,
- anderen Sozialleistungseinrichtungen und
- dem Arbeitgeber geführt.

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der Dienstleister die möglichst schnelle Aufnahme einer qualifizierten Bildungs- oder Ausbildungsmaßnahme.

Ist die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit mittels

- Umorganisation,
- technischer Anpassung und
- arbeitsplatzorientierter Qualifizierungsmaßnahmen

möglich, begleitet der Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen.

Pflegeberatung

Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation werden Kontakte zu

- ausgebildeten Pflegekräften,
- Pflegediensten
- oder Pflegeheimen

hergestellt.

Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden.

Der Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person.

Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro.

Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfall innerhalb von 3 Jahren ab dem Tag des Unfalls in Anspruch genommen werden.

Finanzielle Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für

- zusätzliche Anwendungen,
- Therapien oder
- qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

zur Verfügung gestellt werden.

Hochwertigere Hilfsmittel sind z. B.

- Prothesen,
- Rollstühle,
- Gehhilfen,
- ein Exoskelett.

Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch

- eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder
- durch die Nutzung qualitativ hochwertigerer Hilfsmittel

ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen.

Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem Rehafall bereitgestellt.

3.17.5.2 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein

- gesetzlicher oder privater Krankenversicherer,
- gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft),
- Haftpflichtversicherer,
- Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherer,
- gesetzlicher Rentenversicherer

verpflichtet ist, die Kosten für

- zusätzliche Anwendungen,
- Therapien oder
- qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

zu übernehmen, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

3.17.6 Auswirkungen der erbrachten Leistungen aus dem Rehamanagement auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung

Mit der Erbringung von Leistungen aus dem Rehamanagement ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3.18 Vollwaisenrente

3.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Beide Elternteile versterben

- innerhalb eines Jahres
- durch ein- und dasselbe Unfallereignis

Ist das versicherte Kind bereits Halbwaise gilt:

Mutter oder Vater verstirbt

- innerhalb eines Jahres
- durch ein Unfallereignis

3.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine monatliche Rente in Höhe von 500 Euro an das versicherte Kind.

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht.

3.18.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Rente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Leistung (§ 3 Ziffer 3.18.1) eintreten und danach
- monatlich im Voraus bis
- zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet

3.19 Doppelte Todesfalleistung für Vollwaisen

3.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Voraussetzungen sind

- für beide Elternteile besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf der Grundlage dieser Versicherungsbedingungen
- beide Elternteile werden durch ein- und dasselbe Unfallereignis getötet.

3.19.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- das Doppelte der je Elternteil für die Todesfalleistung vereinbarten Versicherungssumme, mindestens jedoch 10.000 Euro und zwar auch für den Fall, dass keine Todesfalleistung versichert ist.

Die zusätzliche Summe ist auf 50.000 Euro je Elternteil begrenzt.

Hierzu zwei Beispiele:

Beispiel 1:

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 30.000 Euro versichert.

Durch die Verdoppelung werden an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder 60.000 Euro je Elternteil ausgezahlt, also 120.000 Euro insgesamt.

Beispiel 2:

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 60.000 Euro versichert. Durch die Verdoppelung ergäbe sich jetzt je Elternteil eine Leistung in Höhe von 120.000 Euro. Durch die Begrenzung der zusätzlichen Summe auf 50.000 Euro werden den Kindern je Elternteil aber tatsächlich 110.000 Euro ausgezahlt, also 220.000 Euro insgesamt.

Ist für ein Elternteil **keine** Todesfalleistung versichert, so zahlen wir

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- für dasjenige Elternteil 10.000 Euro.

Ist für beide Elternteile keine Todesfalleistung versichert, so zahlen wir

- an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder
- je Elternteil 10.000 Euro.

3.20 Nachhilfeunterricht

3.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- besucht eine allgemeinbildende Schule und
- kann aufgrund eines Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen

3.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht
- begrenzt auf die in der vereinbarten Produktlinie pro Tag vorgesehene Versicherungssumme
- für maximal 50 Tage

Produktlinie	Versicherungssumme pro Tag
Unfallversicherung Klassik	30 Euro
Unfallversicherung Plus	50 Euro
Unfallversicherung Premium	50 Euro

Eine evtl. vereinbarte Summendynamik gilt hier nicht

3.21 Erholungsgeld

3.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- hat einen Unfall erlitten
- der zu einer allgemeinen Leistungsunfähigkeit (z. B. Arbeits- oder Schulunfähigkeit)
- von mehr als 6 Wochen führt.

Die versicherte Person

- hat uns die allgemeine Leistungsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen
- anhand eines ärztlichen Attests

nachgewiesen.

3.21.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen

- ein Erholungsgeld
- in Höhe von 500 Euro.

3.22 Haushaltshilfegeld

3.22.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.22.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten bis zu der Versicherungssumme, die pro Tag der vollstationären Heilbehandlung in der jeweils vereinbarten Produktlinie vorgesehen ist.

Produktlinie	Versicherungssumme pro Tag
Unfallversicherung Klassik	25 Euro
Unfallversicherung Plus	50 Euro
Unfallversicherung Premium	75 Euro

Wir zahlen allerdings höchstens bis zu der Versicherungssumme, die in der jeweils vereinbarten Produktlinie vorgesehen ist.

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	2.500 Euro
Unfallversicherung Plus	5.000 Euro
Unfallversicherung Premium	7.500 Euro

Können Sie die Kosten für eine Haushaltshilfe nicht konkret nachweisen, reduziert sich der von uns gezahlte Betrag auf 25 Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Wir zahlen in einem solchen Fall das Haushaltshilfegeld für höchstens 60 Tage.

Eine für andere Leistungen vereinbarte Summendynamik gilt nicht für das Haushaltshilfegeld.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so zahlen wir das Haushaltshilfegeld nur aus einer dieser Versicherungen.

3.23 Gipsgeld

3.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einer Fraktur (Bruch)

- am Schädeldach oder
- an der Schädelbasis oder
- an sonstigen Bereichen des Schädels oder
- an einem Arm oder
- an einer Hand oder
- an einem Handgelenk oder
- an einem Finger oder
- am Oberkörper oder
- an einem Wirbel oder
- am Steißbein oder
- am Becken oder
- an einem Bein oder
- an einem Fuß oder
- an einer Zehe oder
- an einem der sonstigen Gelenke oder
- einem Bänderriss

geführt hat.

Die versicherte Person hat sich wegen der Fraktur oder des Bänderrisses in einer medizinisch notwendigen

- vollstationären Heilbehandlung oder
- ambulanten Heilbehandlung

befunden.

3.23.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je nach vereinbarter Produktlinie einmalig 200 Euro je Unfall. Die Anzahl der erlittenen Frakturen und/oder Bänderrisse der versicherten Person spielt für die Höhe unserer Leistung keine Rolle.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

3.24 Zerstörung von Zahnersatz

3.24.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, bei dem

- Brücken und/oder
- Kronen und/oder
- Stiftzähne und/oder
- Gebisse und/oder
- Implantate

zerstört wurden.

Sie haben die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.24.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen je nach vereinbarter Produktlinie

- die Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung
- bis zu der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Höhe

im Rahmen der versicherten Kosten für kosmetische Operationen (§ 3 Ziffer 3.3.2).

Produktlinie	Versicherungssumme
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	2.500 EUR
Unfallversicherung Premium	5.000 EUR

3.25 **Kosten für kosmetische Operationen nach krebsbedingten Amputationen der Brust**

3.25.1 **Voraussetzung für die Leistung**

Eine weibliche versicherte Person hat sich vor der Vollendung ihres 67. Lebensjahres einer krebsbedingten Amputation der Brust unterzogen.

Ihr wurden

- durch einen Arzt
- eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) abgenommen
- sie hat eine Wartezeit von 3 Monaten erfüllt

Die **Wartezeit** startet ab dem im Versicherungsschein dokumentierten Vertragsbeginn. Bei bestehenden Verträgen mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentierten Wechsel von der Produktlinie

- Spar oder
- Basis oder
- Klassik

auf die Produktlinie Plus.

Krebserkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben hierbei unberücksichtigt.

Die **Wartezeit** entfällt bei einem Wechsel von der Produktlinie Premium in die Produktlinie Plus.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.25.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten je nach vereinbarter Produktlinie nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten für kosmetische oder plastische Brustoperationen,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- insgesamt bis zu der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Höhe

im Rahmen der für die Kosten für kosmetische Operationen vereinbarten Versicherungssumme (§ 3 Ziffer 3.3.2).

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	5.000 EUR
Unfallversicherung Premium	15.000 EUR

3.26 **Dolmetscher- und Übersetzungskosten**

3.26.1 **Voraussetzung für die Leistung**

Die versicherte Person hat im Ausland einen Unfall erlitten. Aufgrund des Unfalls sind ihr Dolmetscher- und/oder Übersetzungskosten entstanden.

Als Ausland gelten die Staaten, in denen die versicherte Person keinen Erstwohnsitz hat. Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zählt in keinem Fall als Ausland.

3.26.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir übernehmen je nach vereinbarter Produktlinie die notwendigen nachgewiesenen Kosten

- für einen Dolmetscher und/oder
- die Übersetzung erforderlicher Schriftsätze

bis zu insgesamt 500 Euro je Unfall.

Kopien aller von einem Übersetzer für die versicherte Person angefertigten Schriftsätze sind uns von Ihnen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

3.27 Fahrdienste für versicherte Kinder und für Kinder von versicherten Personen

Erleidet das noch minderjährige versicherte Kind einen bedingungsgemäßen Unfall, so übernehmen wir bis zu 6 Monate und zweimal wöchentlich die Kosten für durch den Unfall erforderliche Hin- und Rückfahrten mit einer Wegstrecke von jeweils 50 km mit einem Taxi oder Funkmietwagen

- zu einer ärztlichen oder fachärztlichen Behandlung
- zu einer Behandlung im Krankenhaus
- zur Krankengymnastik bzw. Physiotherapie
- zu einer sonstigen Therapie
- zur Schule oder zum Kindergarten.

Erleidet eine erwachsene versicherte Person einen bedingungsgemäßen Unfall, und handelt es sich hierbei um die Person, die im Regelfall ihre Kinder (leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder) betreut, so übernehmen wir für die Kinder die vorgenannten Kosten ebenfalls.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

3.28 Kosten für einen Krankenbesuch

3.28.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat auf einer privaten Reise oder einer Dienstreise einen bedingungsgemäßen Unfall erlitten.

Der Unfall führt zu einem stationären Krankenhausaufenthalt.

Das Krankenhaus liegt mehr als 100 km vom Wohnort der versicherten Person entfernt.

3.28.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen bis zu einer Höhe von 600 Euro die nachgewiesenen Fahrt- und Übernachtungskosten für Besuche einer nahestehenden Person.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

§ 4

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

4.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch

- Bewusstseinsstörungen

sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können insbesondere sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Drogenkonsum,
- Medikamenteneinnahme.

Hierzu Beispiele:

Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab*

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch einen früheren Unfall verursacht, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Nicht als Bewusstseinsstörung gelten

- der Zustand der Ermüdung (Schlaftrunkenheit),
- das Einschlafen infolge einer Übermüdung.

Dagegen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen

- die Tagesschläfrigkeit und
- der Sekundenschlaf

soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

4.1.1.1 Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle der versicherten Person sind mitversichert.
Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter dem in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Promillewert liegt.

Produktlinie	Promillewert
Unfallversicherung Klassik	1,3 ‰
Unfallversicherung Plus	1,3 ‰
Unfallversicherung Premium	1,5 ‰

Liegt beim Lenken eines Kraftfahrzeugs der Blutalkoholgehalt bei 1,3 Promille (Klassik und Plus) bzw. 1,5 Promille (Premium) oder jeweils höher, so zahlen wir bei Unfalltod nur die zur Todesfalleistung vereinbarte Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro.

4.1.1.2 Bewusstseinsstörungen durch einen diabetischen Schock

Unfälle der versicherten Person, soweit diese durch einen

- Diabetischen Schock (Zuckerschock)

verursacht werden, sind mitversichert.

4.1.1.3 Bewusstseinsstörungen durch Schlafwandeln

Unfälle der versicherten Person, die durch

- Schlafwandeln

verursacht werden, sind versichert.

4.1.1.4 Bewusstseinsstörungen durch Medikamente

Unfälle der versicherten Person, die durch

- die Einnahme – auch Falscheinahme – von Medikamenten

verursacht werden, sind mitversichert.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Je nach vereinbarter Produktlinie spielt es keine Rolle, ob die Medikamente ärztlich verordnet waren.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

4.1.1.5 Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle und Krampfanfälle

Unfälle der versicherten Person, soweit diese durch einen

- Herzinfarkt oder
 - Schlaganfall oder
 - epileptischen Anfall oder
 - anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper des Versicherten ergreift,
- verursacht werden, sind mitversichert.

Unter den Versicherungsschutz fallen hierbei nicht die Schädigung der Gesundheit, die ausschließlich Folgen

- eines Herzinfarkts,
- Schlaganfalls,
- epileptischen Anfalls oder
- anderen Krampfanfalls

sind und nicht Folge des Unfalls.

4.1.1.6 Bewusstseinsstörungen durch Herz-/Kreislaufstörung oder Schwindel

Unfälle der versicherten Person die durch

- Herz- und Kreislaufstörungen oder
- Schwindel

verursacht werden, sind je nach vereinbarter Produktlinie mitversichert.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

4.1.1.7 Bewusstseinsstörungen durch KO-Tropfen oder Ecstasy

Unfälle der versicherten Person als Folge der ungewollten Einnahme

- von KO-Tropfen (GHB = Gamma-Hydroxybuttersäure) oder
- von Ecstasy

sind je nach vereinbarter Produktlinie mitversichert.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

4.1.1.8 Bewusstseinsstörungen durch sonstige Ursachen

Bei einem Unfalltod aufgrund von Bewusstseinsstörungen, der nicht unter die Ziffern 4.1.1.1 bis 4.1.1.5 (Klassik) bzw. 4.1.1.1 bis 4.1.1.7 (Plus und Premium) fällt, zahlen wir die zur Todesfalleistung vereinbarte Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro.

4.1.2 Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle durch vorsätzlich ausgeführte oder versuchte Straftaten der versicherten Person.

Ausnahmen:

- Unfälle bei inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war.
- Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

- Lenken eines Kraftfahrzeugs, wenn der Blutalkoholgehalt unter dem in der jeweils vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Promillewert liegt.

Produktlinie	Promillewert
Unfallversicherung Klassik	1,3 ‰
Unfallversicherung Plus	1,3 ‰
Unfallversicherung Premium	1,5 ‰

4.1.2.1 Fahren von Motorfahrzeugen ohne Fahrerlaubnis

Es besteht Versicherungsschutz,

- wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- ein motorbetriebenes Land- oder Wasserfahrzeug
- ohne gültige Fahrerlaubnis führt.

Hat die versicherte Person zur Erlangung der Verfügungsgewalt über das Fahrzeug allerdings eine Straftat begangen, entfällt dieser Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz entfällt auch dann, wenn es sich bei der versicherten Person diesbezüglich um einen bereits aktenkundigen Wiederholungstäter handelt oder mit Hilfe des Fahrzeugs eine weitere Straftat begangen wird.

4.1.2.2 Unfälle beim Umgang mit selbstgebaute Feuerwerkskörpern

Es besteht Versicherungsschutz,

- wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall
- durch die Herstellung oder den Gebrauch
- selbstgebaute Feuerwerkskörper

eintritt.

4.1.3 Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse sowie durch Terroranschläge

Nicht versichert sind Unfälle, die

- unmittelbar oder
- mittelbar

durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird

- auf Reisen im Ausland
- überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Dieser erweiterte Versicherungsschutz erlischt am Ende des 30. Tages.

Die Frist von 30 Tagen beginnt nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland. Die Reisewarnung muss für das Gebiet des Staates gelten, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der erweiterte Versicherungsschutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion.

Unter folgenden Voraussetzungen gilt der erweiterte Versicherungsschutz auch nach dem Ende des 30. Tages weiter:

Der versicherten Person ist es **nicht möglich**, das Gebiet oder die betreffende Teilregion des Staates zu verlassen.

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

Klarstellung:

Terroranschläge außerhalb der Länder oder Teilregionen, auf deren Gebiet Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse stattfinden, fallen unter den Versicherungsschutz.

4.1.4 Luftfahrtunfälle

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt (z. B. Piloten, Gleitschirm- oder Drachenflieger)
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges (z. B. Copiloten, Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter)
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind (z. B. Luftfotograf, Polizisten bei der Verkehrsüberwachung oder Verbrechenverfolgung, Ärzte und medizinisches Personal in speziellen Rettungshubschraubern und Ambulanz-Flugzeugen, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung)

sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

4.1.5 Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Teilnehmer ist jeder

- Fahrer,
- Beifahrer oder
- Insasse

des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Ausnahmen:

Unfälle bei Fahrten zur Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit.

Hierzu zählen

- Sternfahrten,
- Zuverlässigkeitsfahrten,
- Orientierungsfahrten,
- Ballon-Verfolgungsfahrten.

Solche Fahrten sind mitversichert.

Ebenfalls mitversichert sind Fahrten mit Gokarts auf öffentlichen Kartbahnen, wenn

- es sich um reine Freizeitfahrten handelt und
- die versicherte Person kein Berufs-, Lizenz-, Vertragssportler, Vertragsamateurl oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	versichert
Unfallversicherung Plus	versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Ferner mitversichert ist je nach vereinbarter Produktlinie die aktive Teilnahme an genehmigten Rennen, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

- 4.1.6 Kernenergie**
Nicht versichert sind Unfälle, die
- unmittelbar oder
 - mittelbar
- durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**
- 4.2.1 Psychische Reaktionen**
Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Hierzu Beispiele:
- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen schweren Verkehrsunfall*
 - *Angstzustände des Opfers einer Straftat*
- 4.2.1.1 Psychische und nervöse Störungen**
Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen
- die unmittelbar nach einem Unfall eintreten,
 - ausschließlich auf eine durch den Unfall verursachte organische Verletzung des Nervensystems oder
 - auf eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
- Ist die psychische und nervöse Störung nicht durch eine organische Verletzung entstanden, wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus, bleibt sie vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 4.2.2 Heilmaßnahmen oder Eingriffe**
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz über diesen Vertrag.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
Das Schneiden von
- Nägeln,
 - Hühneraugen oder
 - Hornhaut
- gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und ist deshalb mitversichert.
- 4.2.3 Infektionen**
Ausgeschlossen sind Infektionen, die nicht nach § 1 Ziffer 1.4.4 versichert sind.
Für diese Infektionen besteht jedoch Versicherungsschutz
- wenn sie durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, und
 - die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren (§ 4 Ziffer 4.2.2).
- 4.2.4 Strahlen**
Nicht versichert sind Unfälle durch Strahlen.
Ausnahme:
Unfälle durch die Strahlen, die nach § 1 Ziffer 1.4.5 ausdrücklich versichert sind.
- 4.2.5 Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen**
Vom Versicherungsschutz sind ausgeschlossen
- Schädigungen an Bandscheiben und
 - Blutungen aus inneren Organen und
 - Gehirnblutungen.
- Ausnahmen:
Es besteht Versicherungsschutz
- bei Schädigungen an Bandscheiben, wenn neben der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
 - bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, wenn ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist.

4.2.6 Bauch- und Unterleibsbrüche

Vom Versicherungsschutz sind ausgeschlossen

- Bauch- und Unterleibsbrüche

Ausnahme:

Unter den Versicherungsschutz fällt ein Bauch- oder Unterleibsbruch dann, wenn er

- durch eine gewaltsame,
- von außen kommende,
- direkte Einwirkung

auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht worden ist und die Einwirkung durch medizinische Befunde belegt wird.

Er fällt ebenfalls unter den Versicherungsschutz, wenn er

- durch eine erhöhte Kraftanstrengung

verursacht worden ist (siehe hierzu § 1 Ziffer 1.4.1.1).

§ 5

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

5.1

Krankheiten und Gebrechen

Als Unfallversicherer leisten wir grundsätzlich ausschließlich für Unfallfolgen.

Darunter verstehen wir

- Gesundheitsschädigungen und
- die Folgen von Gesundheitsschädigungen

die durch ein Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für

- Krankheiten sowie
- körperliche oder geistige Gebrechen.

Hierzu Beispiele:

Krankheiten sind z. B.

- Diabetes,
- Gelenkserkrankungen,
- Osteoporose.

Gebrechen sind z. B.

- Fehlstellungen der Wirbelsäule,
- angeborene Sehnenverkürzungen,
- Schwerhörigkeit,
- Amputationen,
- anlagebedingte Bewegungseinschränkungen.

5.2

Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt grundsätzlich Folgendes:

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

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei allen anderen Leistungsarten die Leistung selbst, soweit dort nicht etwas anderes bestimmt ist.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Beinverletzung hat zu einem Grad der Invalidität von 10 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Grad der Invalidität beträgt 5 %.

Ab welcher prozentualen Höhe wir die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung berücksichtigen, hängt von der von Ihnen gewählten Produktlinie ab.

Produktlinie	Berücksichtigung der Mitwirkung
Unfallversicherung Klassik	ab 50 %
Unfallversicherung Plus	ab 50 %
Unfallversicherung Premium	Verzicht auf die Berücksichtigung

In der Produktlinie Gothaer Unfall Premium verzichten wir also grundsätzlich auf die Berücksichtigung eines Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen.

Wirkt allerdings mindestens eine der folgenden Krankheiten

- Diabetes mellitus,
- HIV/Aids,
- Multiple Sklerose,
- Alkoholsucht,
- Drogensucht,
- Morbus Parkinson,
- Morbus Paget,
- Polyneuropathie,
- Morbus Bechterew

an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen mit, verzichten wir in der Produktlinie Gothaer Unfall Premium auf die Berücksichtigung nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Beinverletzung hat zu einem Grad der Invalidität von 10 % geführt. Die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung beträgt 100.000 Euro. Ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen würden wir aus der Versicherungssumme 10.000 Euro zahlen. Es hat aber ein Diabetes zu 50 % mitgewirkt. In dieser Höhe dürfen wir die Leistung kürzen, sie beträgt anstatt 10.000 Euro nur 5.000 Euro.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.

§ 6 Kündigungsrecht bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 3 im Sinne von § 14 in Verbindung mit § 15 des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) festgestellt, können Sie bestimmen, dass der Vertrag für die betroffene Person mit Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit endet.

Als Nachweis übersenden Sie uns bitte eine Kopie des Feststellungsbescheids.

Wir schließen die betroffene Person dann rückwirkend zum Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit aus dem Vertrag aus und erstatten Ihnen den für sie gezahlten Beitrag.

Für Ihren Erstattungsanspruch gilt die regelmäßige Verjährungsfrist von 3 Jahren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB).

Die Verjährungsfrist beginnt gemäß § 199 (1) BGB mit dem Ende des Jahres, in dem der Erstattungsanspruch entstanden ist.

§ 7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

7.1 Die Gefahrengruppen

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Wir stellen es Ihnen auf Anforderung sehr gerne digital zur Verfügung.

In unserem Berufsgruppenverzeichnis unterteilen wir die Berufe in die 5 Gefahrengruppen A und B1 bis B4.

Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags.

Hierbei ist die Gefahrengruppe A durch

- wenig gefahrgeneigte,
 - eher kaufmännische oder verwaltende Tätigkeiten
- geprägt.

Die Gefahrengruppen B1 bis B4 sind durch

- zunehmend gefahrgeneigte,
 - eher körperlich handwerkliche Tätigkeiten
- geprägt.

Übt eine versicherte Person

- Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und
- Tätigkeiten aus einer der Gefahrengruppen B1 bis B4

aus (z. B. Firmeninhaber, Meisterberufe), so erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A.

Voraussetzung hierfür ist:

Der Anteil der körperlich handwerklichen Tätigkeiten macht nicht mehr als 20 % an der gesamten Berufstätigkeit aus.

7.2 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

Die Ausübung nachfolgender Tätigkeiten gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung:

- freiwilliger Wehrdienst,
- militärische Reserveübungen,
- befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. der Bundesfreiwilligendienst),
- freiwilliger Dienst in Hilfsorganisationen

Sie müssen uns deshalb nicht angezeigt werden.

Als Hilfsorganisationen gelten z. B.

- Freiwillige Feuerwehr,
- Rotes Kreuz,
- Johanniter-Unfall-Hilfe,
- Malteser Hilfsdienst,
- THW,
- ASB

oder ähnliche.

7.3 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch hin führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter. Den erhöhten Beitrag berechnen wir nach Ablauf von 2 Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitragsberechnung erfolgt nachträglich.

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

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weiter. Den gesenkten Beitrag berechnen wir ab dem Zeitpunkt, zu dem uns Ihre Mitteilung zugeht.

7.4 Nicht versicherbare Berufe

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt,

- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.

Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.

Für **zum Beispiel** die folgenden Berufe bieten wir nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz:

- Akrobaten
- Berufssportler
- Dompteure
- Kunstreiter
- Munitionsräumer
- Rennreiter (Jockey)
- Sprengmeister
- Stuntwomen
- Stuntmen

§ 8 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)

Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Fristen und Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten, die in § 2 geregelt sind.

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

8.1 Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person

- unverzüglich einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie einen Arzt erst dann hinzuziehen oder die versicherte Person hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

8.2 Ausfüllen der Unfallanzeige

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person

- wahrheitsgemäß ausfüllen und
- uns unverzüglich zurücksenden.

Von uns darüber hinaus erbetene sachdienliche Auskünfte müssen Sie oder die versicherte Person uns in gleicher Weise erteilen.

8.3 Untersuchung durch beauftragte Ärzte

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen

- die notwendigen Kosten und
- den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entstanden ist.

Wird bei Selbständigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag, der $\frac{1}{5}$ ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 300 EUR beträgt.

8.4 Auskünfte zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

8.5 Meldefrist nach Unfalltod

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb der in der vereinbarten Produktlinie vorgesehenen Frist zu melden. Das gilt auch, wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Meldefrist beginnt erst, wenn

- Sie oder
- Ihre Erben oder
- die bezugsberechtigten Personen

Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Soweit es zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, ist uns das Recht zu einer Obduktion zu verschaffen. Die Obduktion wird dann durch einen von uns beauftragten Arzt durchgeführt.

Produktlinie	Meldefrist
Unfallversicherung Klassik	14 Tage
Unfallversicherung Plus	1 Monat
Unfallversicherung Premium	6 Monate

8.6 Verantwortlichkeiten für die Erfüllung der Obliegenheiten

Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben Ihnen nach Maßgabe des § 47 VVG 2008 auch die versicherte Person verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in ihrer Person entstehen können.

§ 9 Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in § 8 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

§ 10
Wann sind die Leistungen fällig?

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

10.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

Die Frist beträgt

- bei der Invaliditätsleistung und
- der Unfallrente

drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

10.2 Fälligkeit der Leistung

Wir leisten innerhalb von zwei Wochen

- wenn wir den Anspruch anerkennen oder
- wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.

10.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – wenn Sie es wünschen – angemessene Vorschüsse.

Hierzu ein Beispiel:

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

Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

10.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich neu bemessen zu lassen.

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

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir sie bereits erbracht haben, so ist der Mehrbeitrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

§ 11
Die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

11.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen zu.

Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einer anderen versicherten Person zustoßen (Fremdversicherung).

Stößt der anderen versicherten Person ein Unfall zu, so zahlen wir die Leistung dennoch an Sie.

Die Leistung steht aber nicht Ihnen sondern der versicherten Person zu.

Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen oder ob wir dieses für Sie übernehmen.

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

11.4 Erfüllung von Obliegenheiten

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

**§ 12
Kündigung nach
Versicherungsfall**

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung in Textform beenden, wenn

- wir eine Leistung erbracht oder
- Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

Im Falle eines Rechtsstreits muss die Kündigung spätestens einen Monat nach

- Klagerücknahme,
- Anerkenntnis,
- Vergleich oder
- Rechtskraft des Urteils

in Schriftform zugegangen sein.

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

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelauenen Vertragszeit entspricht.

**§ 13
Kündigung bei dauerhaftem
Umzug ins Ausland**

Die Unfallversicherung gilt nur dann, wenn Sie ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Verlegen Sie ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland, können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.

Ihr Kündigungsrecht bei einem dauerhaften Umzug ins Ausland:

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

Ausübung der Rechte durch uns:

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

**§ 14
Anpassung der Beiträge an das
Lebensalter der versicherten
Person**

14.1 Anpassung der Beiträge in der Kinderunfallversicherung

In der Kinderunfallversicherung kennen wir 2 Altersgruppen, nämlich

- von 0 bis 13 Jahre und
- von 14 bis 17 Jahre.

Ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 14. Geburtstag des versicherten Kindes folgt, erhöhen wir die Beiträge für die folgenden Leistungsarten um 50 %:

- Invaliditätsleistung
- Invaliditätsleistung mit Progression 225 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 350 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 % Plus
- Invaliditätsleistung mit Progression 600 %
- Todesfalleistung
- Unfall-Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld
- CuraPlus

Welche der vorgenannten Leistungsarten Sie mit uns für das versicherte Kind vereinbart haben, das geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

14.2 Umstellung der Kinderunfallversicherung auf den Tarif für Erwachsene

Vollendet das versicherte Kind im laufenden Versicherungsjahr das 18. Lebensjahr (= 18. Geburtstag), stellen wir die Versicherung ab dem Beginn des folgenden Versicherungsjahres auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Erwachsene der Gefahrengruppe A um.

Die zu diesem Zeitpunkt erreichten Versicherungssummen bleiben gleich.

14.3 Anpassung der Beiträge in der Unfallversicherung für Erwachsene

In der Unfallversicherung für Erwachsene kennen wir 5 Gefahrengruppen, nämlich

- die Gefahrengruppe A
- die Gefahrengruppe B1
- die Gefahrengruppe B2
- die Gefahrengruppe B3
- die Gefahrengruppe B4

Was sich hinter diesen Gefahrengruppen verbirgt, das können Sie § 7 Ziffer 7.1 entnehmen.

In der Gefahrengruppe A erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 51. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 55. Geburtstag folgt, um jeweils 2 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 56. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der Gefahrengruppe B1 erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 4 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der Gefahrengruppe B2 erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 2 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der Gefahrengruppe B3 erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 61. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 70. Geburtstag folgt, um jeweils 1 %,
- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, jeweils um 5 %.

In der Gefahrengruppe B4 erhöhen sich die Beiträge für die versicherte Person

- ab dem Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 71. Geburtstag folgt, bis zum Beginn des Versicherungsjahres, welches auf den 80. Geburtstag folgt, um jeweils 5 %,

Die zur jeweiligen Gefahrengruppe genannten prozentualen Erhöhungen des Beitrags gelten für die folgenden Leistungsarten

- Invaliditätsleistung
- Invaliditätsleistung mit Progression 225 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 350 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 %
- Invaliditätsleistung mit Progression 500 % Plus
- Invaliditätsleistung mit Progression 600 %
- Todesfallleistung
- Unfall-Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld
- CuraPlus

Welche der vorgenannten Leistungsarten Sie mit uns für die jeweilige versicherte Person vereinbart haben, das geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

§ 15 Mehrpersonennachlass

15.1 Voraussetzungen für den Mehrpersonennachlass

Wir gewähren Ihnen einen Mehrpersonennachlass in Höhe von 10 % auf den Beitrag, wenn

- mindestens 2 Personen über den Vertrag versichert sind.

15.2 Entfall des Mehrpersonennachlasses

Der gewährte Mehrpersonennachlass entfällt, sobald

- nur noch eine Person über den Vertrag versichert ist.

§ 16 Beitragsverzicht bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

16.1 Arbeitslosigkeit

Werden Sie unverschuldet arbeitslos, verzichten wir je nach vereinbarter Produktlinie für die Dauer der Arbeitslosigkeit auf zukünftig zu leistende Beitragszahlungen. Unser Beitragsverzicht gilt längstens für 12 Monate.

Voraussetzung für den Beitragsverzicht

- a) der Vertrag besteht seit mindestens 2 Jahren
- b) Sie waren vor der Arbeitslosigkeit
 - mindestens 12 Monate ohne Unterbrechung beschäftigt oder
 - in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis und mindestens für 1 Monat beschäftigtSind Sie selbstständig, gilt der Beitragsverzicht, wenn Sie Ihre selbstständige Tätigkeit unfreiwillig eingestellt haben (z. B.: Insolvenz). Dies ist bei einer Arbeitsunfähigkeit nicht der Fall.
- c) Sie sind bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) als arbeitslos gemeldet. Die Agentur für Arbeit übernimmt nicht die Beitragszahlung. Dies gilt nicht für Selbstständige.
- d) Sie sind mit der Beitragszahlung nicht im Rückstand.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Nehmen Sie erneut eine Beschäftigung auf, entfällt der Beitragsverzicht mit Beginn des Monats, in dem Sie die Beschäftigung aufgenommen haben. Der Beitragsverzicht kann nur einmal innerhalb von 5 Jahren in Anspruch genommen werden

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

16.2 Arbeitsunfähigkeit

Werden Sie unfall- oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig, verzichten wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit auf zukünftig zu leistende Beitragszahlungen. Unser Beitragsverzicht beginnt mit Ablauf von 6 Wochen und gilt längstens für 12 Monate, beides gerechnet ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Voraussetzung für den Beitragsverzicht

- Der Vertrag besteht seit mindestens 3 Monaten.
- Sie weisen die Dauer, den Grad und den Grund der Arbeitsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest nach.
- Sie sind mit der Beitragszahlung nicht im Rückstand.

Werden Sie aus demselben Grund erneut arbeitsunfähig, setzt unser Beitragsverzicht wieder ein. Er setzt dann nicht wieder ein, wenn wir zum Zeitpunkt der erneuten Arbeitsunfähigkeit bereits innerhalb von 2 Jahren für 12 Monate auf den Beitrag verzichtet haben.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

§ 17 Wechselgarantie

17.1 Bessere Regulierung im Schadenfall

Ergibt sich im Schadenfall, dass Sie durch die Bedingungen Ihres Vorvertrags für die Unfallversicherung in Bezug auf den Versicherungsschutz bessergestellt gewesen wären, werden wir nach den Versicherungsbedingungen des letzten Vertragsstandes Ihres Vorvertrags regulieren.

17.2 Voraussetzungen

Die Wechselgarantie gilt unter folgenden Voraussetzungen:

- Es handelt sich um einen in Deutschland zugelassenen Versicherer.
- Der Umfang der Versicherung des Vorvertrages ist in Deutschland frei zugänglich.
- Sie haben uns durch Zusenden des Versicherungsscheins und der Versicherungsbedingungen Ihres Vorvertrages den besseren Umfang der Versicherung nachgewiesen.
- Der Ablauf des Vorvertrages entspricht dem Beginn unseres Vertrages (direkter Vorvertrag).
- Die Vorversicherung wurde uns bei Antragsstellung angegeben.
- Die Mitversicherung der Leistung erfolgte ohne Beitragszuschlag.
- Der Vorvertrag wurde nicht durch den anderen Versicherer gekündigt.

17.3 Ausschlüsse

Darüber hinaus gilt die Wechselgarantie nicht für Schäden die im Zusammenhang stehen mit

- Assistance-Dienstleistungen oder sonstigen versicherungsfremden Leistungen
- Leistungen, die durch eine tarifliche Zusatzvereinbarung versicherbar gewesen wären
- Einer sogenannten Best-Leistungs- oder Marktgarantie

17.4 Einschränkung der Leistung

Unsere erweiterte Leistung erfolgt je nach vereinbarter Produktlinie bis zu den ausgewiesenen Versicherungssummen des anderen Versicherers, maximal jedoch bis zu den mit uns vereinbarten Versicherungssummen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
Unfallversicherung Klassik	nicht versichert
Unfallversicherung Plus	nicht versichert
Unfallversicherung Premium	versichert

Informationen zu Ihrem Garantie-Paket

Bedingungsgarantien: GDV Musterbedingungen und Mindeststandards des Arbeits- kreises Beratungsprozesse

Unsere Versicherungsbedingungen für die Privat Kompakt Unfallversicherung Klassik, Plus und Premium (Stand 07/2023) entsprechen in Bezug auf

- den dargestellten Versicherungsschutz,
- die Leistungsinhalte

folgenden Mindeststandards:

- **GDV Musterbedingungen**

Vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlene Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen
AUB 2020, Stand Dezember 2020 (www.gdv.de)

- **Arbeitskreis Beratungsprozesse**

Unfall-Risikoanalyse mit Stand vom 28.09.2015 (www.beratungsprozesse.de)

Weichen unsere Versicherungsbedingungen in den beiden oben genannten Punkten zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von diesen Mindeststandards ab, werden wir uns nicht darauf berufen. Bei der Regulierung werden wir die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden.

Werden die oben genannten Mindeststandards nach Abschluss des Versicherungsvertrags erneuert, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen.

Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

Innovationsklausel

Unsere Versicherungsbedingungen zur Privat Kompakt Unfallversicherung Klassik, Plus oder Premium (Stand 07/2023) werden ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert:

In diesem Fall gelten diese Vorteile ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für alle Bestandsverträge, denen diese Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen.

Teil C – Besondere Bedingungen zur Privat Kompakt Unfallversicherung

Mit der Vereinbarung nachfolgend aufgeführter Deckungserweiterungen werden die entsprechenden Besonderen Bedingungen zur Grundlage Ihres Vertrages. Die vereinbarten Erweiterungen sind in Ihrem Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen.

Progressionsstaffeln

Progression 225

Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %

Teil B – § 2 Ziffer 2.1 wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen von Teil B – § 2 Ziffer 2.1 und der Anwendung von Teil B – § 5 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 1 % aus der Versicherungssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 2 % aus der Versicherungssumme.

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

Progression 350

Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

Teil B – § 2 Ziffer 2.1 wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen von Teil B – § 2 Ziffer 2.1 und der Anwendung von Teil B – § 5 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 2 % aus der Versicherungssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 4 % aus der Versicherungssumme.

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

Progression 500

Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

Teil B – § 2 Ziffer 2.1 wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen von Teil B – § 2 Ziffer 2.1 und der Anwendung von Teil B – § 5 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 2 % aus der Versicherungssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 7 % aus der Versicherungssumme.

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

Progression 500 Plus (gilt nur für Klassik)

Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 % Plus

Teil B – § 2 Ziffer 2.1 wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen von Teil B – § 2 Ziffer 2.1 und der Anwendung von Teil B – § 5 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 49 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades zusätzlich jeweils 2 % aus der Versicherungssumme,
- ab einem Invaliditätsgrad von 50 % die fünffache Versicherungssumme.

Unfallbedingter Invaliditätsgrad		Leistung aus Versicherungssumme – jeweils in %							
26	28	41	73	56	500	71	500	86	500
27	31	42	76	57	500	72	500	87	500
28	34	43	79	58	500	73	500	88	500
29	37	44	82	59	500	74	500	89	500
30	40	45	85	60	500	75	500	90	500
31	43	46	88	61	500	76	500	91	500
32	46	47	91	62	500	77	500	92	500
33	49	48	94	63	500	78	500	93	500
34	52	49	97	64	500	79	500	94	500
35	55	50	500	65	500	80	500	95	500
36	58	51	500	66	500	81	500	96	500
37	61	52	500	67	500	82	500	97	500
38	64	53	500	68	500	83	500	98	500
39	67	54	500	69	500	84	500	99	500
40	70	55	500	70	500	85	500	100	500

Progression 600

Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 600 %

Teil B – § 2 Ziffer 2.1 wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen von Teil B – § 2 Ziffer 2.1 und der Anwendung von Teil B – § 5 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades jeweils zusätzlich 3 % aus der Versicherungssumme,
- für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades jeweils zusätzlich 7 % aus der Versicherungssumme,
- für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades jeweils zusätzlich 10 % aus der Versicherungssumme.

Unfallbedingter Invaliditätsgrad		Leistung aus Versicherungssumme – jeweils in %							
26	29	41	89	56	173	71	293	86	446
27	33	42	93	57	181	72	301	87	457
28	37	43	97	58	189	73	309	88	468
29	41	44	101	59	197	74	317	89	479
30	45	45	105	60	205	75	325	90	490
31	49	46	109	61	213	76	336	91	501
32	53	47	113	62	221	77	347	92	512
33	57	48	117	63	229	78	358	93	523
34	61	49	121	64	237	79	369	94	534
35	65	50	125	65	245	80	380	95	545
36	69	51	133	66	253	81	391	96	556
37	73	52	141	67	261	82	402	97	567
38	77	53	149	68	269	83	413	98	578
39	81	54	157	69	277	84	424	99	589
40	85	55	165	70	285	85	435	100	600

Gliedertaxen

Gliedertaxe M (Klassik)

Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 wird um die nachfolgenden Gliedertaxwerte erweitert.

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich **die genannten Invaliditätsgrade**:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	Grad der Invalidität
• eines Armes	70 %
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
• einer Hand	70 %
• eines Daumens	25 %
• eines Zeigefingers	16 %
• eines anderen Fingers	10 %
• aller Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	70 %
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
• eines Beines bis unterhalb des Knies	70 %
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
• eines Fußes	50 %
• einer großen Zehe	8 %
• einer anderen Zehe	3 %
• der Sehkraft eines Auges	55 %
• des Gehörs auf einem Ohr	35 %
• des Geruchssinns	10 %
• des Geschmackssinns	5 %
• der Stimme	40 %
<p>Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Teil B – § 4 Ziffer 4.2.1.). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.</p>	

Gliedertaxe L
(Klassik und Plus)

Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 wird um die nachfolgenden Gliedertaxwerte erweitert.

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

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	Grad der Invalidität
• eines Armes	75 %
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	75 %
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	75 %
• einer Hand	70 %
• eines Daumens	25 %
• eines Zeigefingers	16 %
• eines anderen Fingers	10 %
• aller Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	70 %
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	75 %
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
• eines Beines bis unterhalb des Knies	75 %
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
• eines Fußes	50 %
• einer großen Zehe	8 %
• einer anderen Zehe	3 %
• der Sehkraft eines Auges	60 %
– sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	70 %
• des Gehörs auf einem Ohr	40 %
– sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	50 %
• des Geruchssinns	15 %
• des Geschmackssinns	10 %
• der Stimme	100 %
Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Teil B – § 4 Ziffer 4.2.1.). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	

Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 wird um die nachfolgenden Gliedertaxwerte erweitert.

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich **die genannten Invaliditätsgrade**:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	Grad der Invalidität
• eines Armes	80 %
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	80 %
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	80 %
• einer Hand	75 %
• eines Daumens	30 %
• eines Zeigefingers	20 %
• eines anderen Fingers	12 %
• aller Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	75 %
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
• eines Beines bis unterhalb des Knies	80 %
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
• eines Fußes	60 %
• einer großen Zehe	15 %
• einer anderen Zehe	5 %
• der Sehkraft eines Auges	65 %
– sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	100 %
• des Gehörs auf einem Ohr	40 %
– sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	80 %
• des Geruchssinns	20 %
• des Geschmackssinns	20 %
• der Stimme	100 %
Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Teil B – § 4 Ziffer 4.2.1). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	
• eines Lungenflügels	30 %
• einer Niere	30 %
– sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfalls bereits verloren oder bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %
• beider Nieren	100 %
• der Milz	20 %
• der Milz bei Kindern unter 14 Jahren	10 %
• der Gallenblase	10 %
• des Magens	20 %
• des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms	20 %

Gliedertaxe XXL
(Premium)

Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 wird um die nachfolgenden Gliedertaxwerte erweitert.

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich **die genannten Invaliditätsgrade**:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	Grad der Invalidität
• eines Armes	100 %
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	100 %
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	100 %
• einer Hand	90 %
• eines Daumens	40 %
• eines Zeigefingers	25 %
• eines anderen Fingers	15 %
• aller Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	90 %
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	100 %
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %
• eines Beines bis unterhalb des Knies	100 %
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %
• eines Fußes	65 %
• einer großen Zehe	16 %
• einer anderen Zehe	6 %
• der Sehkraft eines Auges	80 %
– sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	100 %
• des Gehörs auf einem Ohr	55 %
– sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	80 %
• des Geruchssinns	20 %
• des Geschmackssinns	20 %
• der Stimme	100 %
Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Teil B – § 4 Ziffer 4.2.1). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	
• eines Lungenflügels	50 %
• einer Niere	30 %
– sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfalls bereits verloren oder bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %
• beider Nieren	100 %
• der Milz	20 %
• der Milz bei Kindern unter 14 Jahren	20 %
• der Gallenblase	10 %
• des Magens	20 %
• des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms	20 %

Unfallrenten

Unfallrente

Lebenslange Leistung

1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen der Invalidität gilt Teil B – § 2 Ziffer 2.1.1.

Für die Bemessung der Invalidität gilt Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.

Der sich durch eine vertraglich vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel ergebende Invaliditätsgrad bleibt hierbei unberücksichtigt.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

- monatlich und
- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis

- zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
- zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Teil B – § 10 Ziffer 10.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Wir fordern in einem solchen Fall bereits erbrachte Rentenzahlungen nicht zurück.

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab dem nächsten Zahlungstermin so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

3.3 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung.

In einem solchen Fall, können wir bereits erbrachte Rentenleistungen zurückfordern.

Stirbt die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis aus unfallfremder Ursache, zahlen wir die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit

- an die Erben oder
- an eine benannte bezugsberechtigte Person.

Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Eintritt unserer Rentenleistungspflicht.

4 Herausnahme der Unfallrente aus dem Vertrag im Leistungsfall

Sind die Voraussetzungen der Ziffer 1 erfüllt, so nehmen wir die Unfallrente für die versicherte Person aus Ihrem Vertrag.

Wir erstatten Ihnen den Anteil des Beitrags für die Unfallrente, den Sie bereits für den Zeitraum gezahlt haben, der auf die Herausnahme folgt.

Unfallrente

Leistung bis 70 Jahre

1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen der Invalidität gilt Teil B – § 2 Ziffer 2.1.1.

Für die Bemessung der Invalidität gilt Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2.

Der sich durch eine vertraglich vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel ergebende Invaliditätsgrad bleibt hierbei unberücksichtigt.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

- monatlich und
- in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis

- zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet,
- zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
- zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Teil B – § 10 Ziffer 10.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Wir fordern in einem solchen Fall bereits erbrachte Rentenzahlungen nicht zurück.

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab dem nächsten Zahlungstermin so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

3.3 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung.

In einem solchen Fall, können wir bereits erbrachte Rentenleistungen zurückfordern.

Stirbt die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis aus unfallfremder Ursache, zahlen wir die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit

- an die Erben oder
- an eine benannte bezugsberechtigte Person.

Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Eintritt unserer Rentenleistungspflicht.

4 Herausnahme der Unfallrente aus dem Vertrag im Leistungsfall

Sind die Voraussetzungen der Ziffer 1 erfüllt, so nehmen wir die Unfallrente für die versicherte Person aus Ihrem Vertrag.

Wir erstatten Ihnen den Anteil des Beitrags für die Unfallrente, den Sie bereits für den Zeitraum gezahlt haben, der auf die Herausnahme folgt.

5 Herausnahme der Unfallrente aus dem Vertrag zum Ende des Versicherungsjahres nach dem 70. Geburtstag der versicherten Person

Der Versicherungsschutz für die Unfallrente erlischt automatisch mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Zu diesem Zeitpunkt nehmen wir die Unfallrente für die versicherte Person aus Ihrem Vertrag.

CuraPlus (Hilfs- und Pflegeleistungen)

CuraPlus

1 Organisation und Übernahme von Hilfs- und Pflegeleistungen

Die Hilfs- und Pflegeleistungen für den Baustein CuraPlus werden durch einen von uns ausgewählten und beauftragten Dienstleister erbracht. Die Kosten tragen wir.

2 Voraussetzungen für die Hilfs- und Pflegeleistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Teil B – § 1 Ziffer 1.3 oder 1.4 erlitten und ist aufgrund des Unfalls hilfebedürftig.

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie für die Verrichtung des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch den Dienstleister vor Ort festgestellt. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthalts die Leistungen nicht beansprucht werden.

3 Umfang und Dauer der Leistungen

3.1 Umfang

Je nach Umfang der Hilfsbedürftigkeit werden folgende Leistungen durch den Dienstleister erbracht:

Erstgespräch

Der Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.

Hausnotrufdienst

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.

Mahlzeitendienst

Die versicherte Person erhält nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment sieben Hauptmahlzeiten pro Woche. Die Menüs werden täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Wohnungsreinigung

Einmal in der Woche wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der Wohnung (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 3 Stunden betragen.

Besorgungen und Einkäufe

Einmal in der Woche werden bei Bedarf für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 2 Stunden betragen.

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 4 Stunden betragen.

Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 2 Stunden täglich betragen.

24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischickt. Dies gilt für die Dauer von 4 Wochen.

Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt:

- zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen,
- zur Planung der Pflegeeinsätze,
- zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln.

Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 3 Stunden betragen.

Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines Hausmeisterservice

Der versicherten Person wird ein Hausmeisterservice zur Einhaltung der Hausordnung (z.B. für die Gartenpflege oder den Winterdienst) vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Benennung von Hospizplätzen

Der versicherten Person werden Einrichtungen mit Hospizplätzen benannt. Die Kosten für den Aufenthalt in einer solchen Einrichtung gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines mobilen Service für Nagel-/Fußpflege oder eines Friseurs

Der versicherten Person wird, sofern örtlich verfügbar, einmal pro Monat ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines Pflegeplatzes (Pflegeplatzgarantie)

Wir garantieren 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 gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines Umzugsservice

Der versicherten Person wird ein Umzugsunternehmen zur Durchführung ihres unfallbedingten Umzugs (inklusive Möbeleinlagerung und Wohnungsauflösung) vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Versorgung von Angehörigen der versicherten Person

Handelt es sich bei der hilfebedürftigen versicherten Person um die Person, die den Haushalt versorgt oder mitversorgt, so werden die nachfolgenden Leistungen bei Bedarf auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, der eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder) erbracht:

- Mahlzeitendienst
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche
- Pflege Angehöriger

Kinderbetreuung

Handelt es sich bei der versicherten Person um die Person, die im Regelfall ihre Kinder betreut (leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder), organisieren wir eine Kinderbetreuung und übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

Voraussetzung hierfür ist, dass die zu betreuenden Kinder noch keine 14 Jahre alt sind.

Die Betreuung umfasst unter anderem die Begleitung auf Hin- und Rückweg zur Schule oder zum Kindergarten, die Hausaufgabenbetreuung und die Freizeitgestaltung.

Die Betreuung wird bis zu 8 Stunden täglich zwischen 06:00 Uhr und 22:00 Uhr erbracht. In Notfällen auch bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gilt der Zeitraum von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige Kinderbetreuung.

3.2

Dauer

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate. Der Anspruch entsteht nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussbehandlung. Dies gilt nicht für die Organisation von Vermittlungsleistungen. Dieser Anspruch entsteht bereits mit dem Tag des Unfalls.

4

Zusätzliche Leistungen für Senioren

Ist die versicherte Person mindestens 67 Jahre alt, so gelten folgende Leistungen zusätzlich:

Versicherungsschutz für Enkel in Obhut der Großeltern

Befindet sich ein Enkelkind unter 12 Jahren in der Obhut der versicherten Großeltern, so ist es mit folgenden Leistungen gegen bedingungsgemäße Unfälle versichert:

- Invaliditätsleistung mit 50.000 Euro
- Todesfallleistung mit 5.000 Euro

Gleiches gilt für Urenkel in der Obhut der versicherten Urgroßeltern.

Die Obhut durch ein Großeltern- oder ein Urgroßeltern-Teil ist ausreichend.

Die Versicherungssummen nehmen nicht an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) teil.

Übernahme der Rezeptgebühren

Wir übernehmen die gesetzliche Zuzahlung (Rezeptgebühr) bei Medikamenten, die aufgrund eines Unfalls ärztlich verordnet wurden.

Die versicherte Person hat uns gegenüber nachzuweisen, dass die Medikamente aufgrund des Unfalls verordnet wurden.

Schmerzensgeld bei Oberschenkelhalsbruch

Die versicherte Person hat einen Oberschenkelhalsbruch durch einen unter den Vertrag fallenden Unfall erlitten.

Die versicherte Person erhält ein Schmerzensgeld in Höhe von 500 Euro.

Das Vorliegen einer Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag angerechnet.

Die Versicherungssumme für das Schmerzensgeld nimmt nicht an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) teil.

KnochenZusatzschutz

KnochenZusatzschutz

1

Voraussetzungen für die Leistung

Wir leisten bei definierten Knochenbrüchen der versicherten Person durch einen Unfall im Sinne von Teil B – § 1 Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4.

Die Knochenbrüche sind in nachfolgender Ziffer 2 definiert.

Ein Knochenbruch liegt vor, wenn der Unfall zu einer auf Röntgenaufnahmen oder Computertomographie erkennbaren Spaltbildung im Knochen geführt hat.

Haarrisse (Fissuren) gelten nicht als versicherte Knochenbrüche.

2

Höhe der Leistung

Die Höhe unserer Leistung errechnet sich aus der mit Ihnen vereinbarten Versicherungssumme und den Prozentwerten, die den definierten Knochenbrüchen jeweils zugeordnet sind.

Die Prozentwerte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen:

Bruch	In % der Versicherungssumme
• des Oberarms	100 %
• der Elle	100 %
• der Speiche	100 %
• des Oberschenkels	100 %
• des Oberschenkelhalses	100 %
• des Wadenbeins	100 %
• des Schienbeins	100 %
• des Schultergelenks	30 %
• des Ellenbogengelenks	30 %
• des Handgelenks	30 %
• des Hüftgelenks	30 %
• des Kniegelenks	30 %
• des Sprunggelenks	30 %
• eines Fingers	15 %
• einer Zehe	15 %
• einer Rippe	15 %
• des Schlüsselbeins	15 %

Erleidet die versicherte Person durch ein- und denselben Unfall mehrere Knochenbrüche, so addieren wir die jeweiligen Prozentwerte.

Den Prozentwert, der sich durch die Addition ergibt, verwenden wir zur Leistungsberechnung aus der mit Ihnen vereinbarten Versicherungssumme.

Hierzu ein Beispiel:

Die versicherte Person bricht sich durch den Unfall 2 Finger der rechten Hand. Jeder einzelne Finger wird mit 15 % bewertet, so dass sich durch die Addition 30 % ergeben. Die Versicherungssumme beträgt 10.000 Euro, wir zahlen also 3.000 Euro.

Unsere Höchstleistung ist auf die vereinbarte Versicherungssumme begrenzt. Das gilt auch für den Fall, dass sich aus der Addition der einzelnen Prozentwerte ein Wert von über 100 % ergibt.

3 Wegfall des KnochenZusatzschutzes

Mit dem Ende des Versicherungsjahres, welches auf den 67. Geburtstag der versicherten Person folgt, nehmen wir diese Leistung aus dem Vertrag.

KinderZusatzschutz

KinderZusatzschutz

1 Wegeleistung

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind erleidet einen Unfall auf öffentlichen Wegen und Plätzen im Sinne von Teil B – § 1 Ziffer 1.3 oder 1.4.

Der Unfall führt im Sinne von Teil B – § 2 Ziffer 2.1.2.2 unter der Berücksichtigung von Teil B – § 5 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 %.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen einen einmaligen Kapitalbetrag. Dieser Kapitalbetrag wird aus einer zusätzlichen Versicherungssumme von 20.000 Euro und dem in Ziffer 1.1 genannten Invaliditätsgrad berechnet.

Eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel wird dabei nicht berücksichtigt.

Hierzu ein Beispiel:

Durch den Unfall ergibt sich bei dem versicherten Kind ein Invaliditätsgrad von 35 %. Bezogen auf die Versicherungssumme von 20.000 Euro leisten wir 7.000 Euro an Sie.

2 Knochenbruchleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir leisten bei definierten Knochenbrüchen des versicherten Kindes durch einen Unfall im Sinne von Teil B – § 1 Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4.

Die Knochenbrüche sind in nachfolgender Ziffer 2.2 definiert.

Ein Knochenbruch liegt vor, wenn der Unfall zu einer auf Röntgenaufnahmen oder Computertomographie erkennbaren Spaltbildung im Knochen geführt hat.

Haarrisse (Fissuren) gelten nicht als versicherte Knochenbrüche.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Höhe unserer Leistung errechnet sich aus einer Versicherungssumme von 3.000 Euro und den Prozentwerten, die den definierten Knochenbrüchen jeweils zugeordnet sind.

Die Prozentwerte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen:

Bruch	In % der Versicherungssumme
• des Oberarms	100 %
• der Elle	100 %
• der Speiche	100 %
• des Oberschenkels	100 %
• des Oberschenkelhalses	100 %
• des Wadenbeins	100 %
• des Schienbeins	100 %
• des Schultergelenks	30 %
• des Ellenbogengelenks	30 %
• des Handgelenks	30 %
• des Hüftgelenks	30 %
• des Kniegelenks	30 %
• des Sprunggelenks	30 %
• eines Fingers	15 %
• einer Zehe	15 %
• einer Rippe	15 %
• des Schlüsselbeins	15 %

Erleidet das versicherte Kind durch ein- und denselben Unfall mehrere Knochenbrüche, so addieren wir die jeweiligen Prozentwerte.

Den Prozentwert, der sich durch die Addition ergibt, verwenden wir zur Leistungsberechnung aus der Versicherungssumme von 3.000 Euro.

Hierzu ein Beispiel:

Das versicherte Kind bricht sich durch den Unfall 2 Finger der rechten Hand. Jeder einzelne Finger wird mit 15 % bewertet, so dass sich durch die Addition 30 % ergeben. Aus der Versicherungssumme von 3.000 Euro zahlen wir 900 Euro.

Unsere Höchstleistung ist auf die Versicherungssumme von 3.000 Euro begrenzt. Das gilt auch für den Fall, dass sich aus der Addition der einzelnen Prozentwerte ein Wert von über 100 % ergibt.

3 Kostenerstattung für Zahnspangen

3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind erleidet einen Unfall im Sinne von Teil B – § 1 Ziffer 1.3.

Durch den Unfall werden

- die Lippe oder die Zähne
- und gleichzeitig auch die Zahnspange geschädigt oder zerstört.

Sie weisen die unfallbedingte Zerstörung der Zahnspange durch geeignete Belege nach, z. B. durch die Originalrechnung.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nicht von Dritten erstatteten Kosten

- für die Reparatur
- bzw. für die Neubeschaffung

bis zu einer Höhe von 2.500 Euro im Rahmen der für diesen Vertrag geltenden Versicherungssumme der Kosten für Kosmetische Operationen (siehe hierzu Teil B – § 3 Ziffer 3.3.2).

4 Wegfall des KinderZusatzschutzes

Mit dem Ende des Versicherungsjahres, welches auf den 18. Geburtstag des versicherten Kindes folgt, nehmen wir den KinderZusatzschutz aus dem Vertrag.

Summendynamik

Summendynamik für Klassik

Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Leistung und Beitrag

1 Anpassung der Versicherungssummen

Die Versicherungssummen für

- die Invaliditätsleistung,
- die Todesfalleistung,
- die Unfallrente,
- das Tagegeld,
- das Krankenhaustagegeld und
- das Genesungsgeld

erhöhen wir jährlich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz. Dieser geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

Dabei werden die Versicherungssummen für

- die Invaliditäts- und die Todesfalleistung auf volle 1.000 Euro,
- für die Unfallrente auf 10 Euro,
- für das Tagegeld, das Krankenhaustagegeld und das Genesungsgeld auf 1 Euro

aufgerundet.

Der Beitrag zu den einzelnen Leistungen erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2 Verfahren

Wir unterrichten Sie über die erhöhten Versicherungssummen spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie von uns einen Anpassungsnachweis.

Sie können der Erhöhung innerhalb von 6 Wochen nach dem Erhalt des Anpassungsnachweises in Textform widersprechen. Im Anpassungsnachweis werden wir Sie auf die Frist hinweisen.

3 Kündigung

Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik) für die Zukunft kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

4 Ende der Summendynamik

Ergibt sich durch die jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so nehmen wir bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungssumme mehr vor:

Leistungsart	In Euro
• Invaliditätsleistung ohne Progression	1.200.000
• Invaliditätsleistung mit 225 % Progression	534.000
• Invaliditätsleistung mit 350 % Progression	343.000
• Invaliditätsleistung mit 500 % Progression	240.000
• Invaliditätsleistung mit 500 % Plus Progression	240.000
• Invaliditätsleistung mit 600 % Progression	200.000
• Monatliche Unfallrente bis 70 oder lebenslang	2.500
• Todesfalleistung	1.200.000
• Krankenhaustagegeld	200
• Genesungsgeld	200
• Tagegeld	200

Haben Sie mit uns eine Invaliditätsleistung und eine Unfallrente vereinbart, so gilt für die jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) eine gemeinsame Höchstgrenze von 1.200.000 Euro.

Diese gemeinsame Höchstgrenze errechnet sich nach der folgenden Formel:

$\text{Kapitalleistung} * \text{Progression} / 100 + \text{monatliche Rente} * 450$

Hierzu ein Beispiel:

Sie haben in Ihrem Vertrag mit uns folgende Leistungsarten vereinbart.

- Invaliditätsleistung mit 350 % Progression und einer Versicherungssumme von 100.000 Euro
- Monatliche Unfallrente bis 70 Jahre und einer Versicherungssumme von 1.000 Euro
- Eine Summendynamik von 5 % jährlich

Durch die Summendynamik steigen die Versicherungssummen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres für die

- Invaliditätsleistung mit 350 % Progression von 100.000 Euro auf 105.000 Euro
- Monatliche Unfallrente bis 70 von 1.000 Euro auf 1.050 Euro

Anhand obiger Formel berechnen wir, ob die gemeinsame Höchstgrenze erreicht oder sogar überschritten wird:

$$105.000 * 350 / 100 + 1.050 * 450 = 367.500 + 472.500 = 840.000 \text{ Euro}$$

In diesem Beispiel unterschreiten wir die Höchstgrenze deutlich, die Summenanpassung wird durchgeführt.

Summendynamik

Summendynamik für Plus und Premium

Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Leistung und Beitrag

1 Anpassung der Versicherungssummen

Die Versicherungssummen für

- die Invaliditätsleistung,
- die Todesfallleistung,
- die Unfallrente,
- das Tagegeld,
- das Krankenhaustagegeld und
- das Genesungsgeld

erhöhen wir jährlich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz. Dieser geht aus Ihrem Antrag und dem Versicherungsschein hervor.

Dabei werden die Versicherungssummen für

- die Invaliditäts- und die Todesfallleistung auf volle 1.000 Euro,
- für die Unfallrente auf 10 Euro,
- für das Tagegeld, das Krankenhaustagegeld und das Genesungsgeld auf 1 Euro

aufgerundet.

Der Beitrag zu den einzelnen Leistungen erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2 Verfahren

Wir unterrichten Sie über die erhöhten Versicherungssummen spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie von uns einen Anpassungsnachweis.

Sie können der Erhöhung innerhalb von 6 Wochen nach dem Erhalt des Anpassungsnachweises in Textform widersprechen. Im Anpassungsnachweis werden wir Sie auf die Frist hinweisen.

3 Kündigung

Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik) für die Zukunft kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

4 Ende der Summendynamik

Ergibt sich durch die jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so nehmen wir bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungssumme mehr vor:

Leistungsart	In Euro
• Invaliditätsleistung ohne Progression	2.400.000
• Invaliditätsleistung mit 225 % Progression	1.068.000
• Invaliditätsleistung mit 350 % Progression	686.000
• Invaliditätsleistung mit 500 % Progression	480.000
• Invaliditätsleistung mit 600 % Progression	400.000
• Monatliche Unfallrente bis 70 oder lebenslang	3.000
• Todesfalleistung	1.600.000
• Krankenhaustagegeld	200
• Genesungsgeld	200
• Tagegeld	200

Haben Sie mit uns eine Invaliditätsleistung und eine Unfallrente vereinbart, so gilt für die jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) eine gemeinsame Höchstgrenze von 2.400.000 Euro.

Diese gemeinsame Höchstgrenze errechnet sich nach der folgenden Formel:

Kapitalleistung * Progression / 100 + monatliche Rente * 450

Hierzu ein Beispiel:

Sie haben in Ihrem Vertrag mit uns folgende Leistungsarten vereinbart.

- Invaliditätsleistung mit 350 % Progression und einer Versicherungssumme von 200.000 Euro
- Monatliche Unfallrente bis 70 Jahre und einer Versicherungssumme von 1.500 Euro
- Eine Summendynamik von 5 % jährlich

Durch die Summendynamik steigen die Versicherungssummen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres für die

- Invaliditätsleistung mit 350 % Progression von 200.000 Euro auf 210.000 Euro
- Monatliche Unfallrente bis 70 von 1.500 Euro auf 1.580 Euro

Anhand obiger Formel berechnen wir, ob die gemeinsame Höchstgrenze erreicht oder sogar überschritten wird:

$210.000 * 350 / 100 + 1.580 * 450 = 735.000 + 711.000 = 1.446.000 \text{ Euro}$

In diesem Beispiel unterschreiten wir die Höchstgrenze deutlich, die Summenanpassung wird durchgeführt.

**Gothaer
Allgemeine Versicherung AG
Hauptverwaltung
Gothaer Allee 1
50969 Köln
Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de**