

Deckungskonzept Unfallversicherung

PrivatSchutz 04/2024

Diese Übersicht stellt lediglich eine Kurzbeschreibung der versicherten Leistungen dar. Die rechtsverbindliche Beschreibung des Versicherungsschutzes ergibt sich ausschließlich aus den laut Versicherungsschein dokumentierten Leistungen sowie aus den vereinbarten Versicherungsbedingungen und Klauseln. Sofern der Baustein „Premium“ vereinbart ist, gelten ergänzend die über das Deckungskonzept „Top“ hinausgehenden Versicherungsleistungen.



Geltungsbereich

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
24 Stunden weltweit		✓	✓	✓

Versicherte Leistungsarten

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Invaliditätsleistung		einschließbar	einschließbar	einschließbar
Progressionsstaffeln				
• 100 %		einschließbar	einschließbar	einschließbar
• 225 %		einschließbar	einschließbar	einschließbar
• 350 %		einschließbar	einschließbar	einschließbar
• 500 %		einschließbar	einschließbar	einschließbar
• 1.000 %	AU073-03	–	–	einschließbar
Selbstbeteiligung (Integralfranchise) 25 %		auswählbar	auswählbar	auswählbar
Wiederkehrende Zahlung der Invaliditätsgrundsumme alle 10 Jahre (ab einem Invaliditätsgrad von 50 %)		einschließbar	einschließbar	einschließbar
Unfall-Rente (monatlich, lebenslang – ab einem Invaliditätsgrad von 50 %)		einschließbar	einschließbar	einschließbar
Unfall-Todesfalleistung		einschließbar	einschließbar	einschließbar
Verbesserte Übergangsleistung	AU013-01	–	–	einschließbar
Krankenhaustagegeld (KHT) • Leistungszeitraum ab dem Unfalltag		einschließbar max. 3 Jahre	einschließbar max. 3 Jahre	einschließbar max. 5 Jahre

Tagegeld mit Karenzzeit	AU014-01	–	–	einschließbar wählbar wählbar
- ab dem 15. Tag - ab dem 43. Tag				

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Tagegeld mit rückwirkendem Wegfall der Karenzzeit	AU047-01	–	–	einschließbar
ab dem 1. Tag, wenn Sie nach einem Unfall 60 Tage in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung sind				
Sofortleistung bei Knochenbruch	AU016-02	–	einschließbar 500 EUR	einschließbar 1.000 EUR
Assistanceleistungen mit Reha-Management		einschließbar	einschließbar	einschließbar
Kosten für medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen	AU085-01	–	–	max. 10.000 EUR (Subsidiär- deckung)
Kurgeld	AU086-01	–	max. 1.500 EUR	max. 5.000 EUR
Bergungskosten für		max. 20.000 EUR	max. 50.000 EUR	max. 75.000 EUR
- Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze - Transport in das nächste Krankenhaus - Rückreisemehraufwand - Überführung - Heimreisekosten für Kinder und den mitreisenden Partner - Unterbringungskosten für Kinder und den mitreisenden Partner		bis 2.500 EUR 100 EUR bis zu 7 Tage	bis 2.500 EUR 100 EUR bis zu 7 Tage	Premium: max. 100.000 EUR bis 2.500 EUR 100 EUR bis zu 7 Tage
Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer	AU082-01	–	✓	✓
Kosten für medizinische Hilfsmittel	AU084-01	–	max. 1.500 EUR	max. 5.000 EUR
				Premium: max. 10.000 EUR
Kosten für kosmetische Operationen		max. 20.000 EUR	max. 50.000 EUR	max. 75.000 EUR Premium: max. 100.000 EUR
Inklusive Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten für				

• Schneide-/Eckzähne • alle natürlichen Zähne • Implantate	AU012-03	✓ —	✓ —	✓ max. 20.000 EUR max. 20.000 EUR
Sofortleistung bei Raubüberfall und Geiselnahme	AU017-02	—	—	3.000 EUR
Sofortleistung bei unfallbedingter Fehlgeburt	AU018-02	—	—	3.000 EUR
Komageld	AU019-02	—	—	15 EUR pro Tag, max. 12 Wochen Premium: 15 EUR pro Tag, max. 1 Jahr
Ersatz Ihrer Darlehenszinsen der eigengenutzten Immobilie nach schwerem Unfall mit unfallbedingter Invalidität von mindestens 50 % ab dem 43. Tag für max. 18 Monate	AU020-02	—	—	in unbegrenzter Höhe
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 % Invalidität	AU083-01	—	—	— Premium: max. 7.500 EUR
Psychologische Therapie nach verschiedenen schicksalshaften unfallbedingten Ereignissen	AU074-02	—	—	für bis zu 25 Sitzungen, max. 1.000 EUR
Selbstverteidigungskurs für Opfer von Gewaltstraftaten (alternativ zur psychologischen Therapie)	AU074-02	—	—	50 % der Kosten, max. 1.000 EUR
Kosten für die Kinderbetreuung	AU075-02	—	—	für bis zu 10 Tage, max. 1.000 EUR

Zusätzlich versicherte Leistungsarten für versicherte Kinder unter 18 Jahre

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Kosten für die Reparatur oder, falls nicht möglich, für eine neue Zahnspange	AU079-02	—	—	max. 1.500 EUR
Schulausfallgeld	AU026-02	—	—	25 EUR pro Tag, max. 100 Tage

Rückholungskosten von mitreisenden Kindern aus dem Ausland		max. 2.500 EUR	max. 2.500 EUR	max. 2.500 EUR
Unterbringungskosten für eine Begleitperson im Ausland	AU028-02	—	—	50 EUR, max. 14 Tage

Im Leistungsfall übernehmen wir die Kosten für

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Durch uns veranlasste Arztbesuche und den damit verbundenen Verdienstausschlag		✓	✓	✓
Durch uns beauftragte Atteste		✓	✓	✓
Atteste und Einkommensausfall bei Selbstständigen in Zusammenhang mit von uns veranlassten ärztlichen Untersuchungen	AU038-01	—	—	1,5 % der Invaliditätsgrundsomme, max. 500 EUR

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Strahlen		✓	✓	✓
Gase und Dämpfe		✓	✓	✓
Sonstige schädliche Mittel	AU002-02	—	—	✓
Nahrungsmittelvergiftungen	AU092-01	—	✓	✓
Vergiftungen infolge Einnahme schädlicher Stoffe	AU076-01			
• für versicherte Personen unter 18 Jahre		✓	✓	✓
• für versicherte Personen ab 18 Jahre		—	—	✓
Psychische und nervöse Störungen aufgrund organischer Erkrankung des Nervensystems oder Epilepsie nach Unfall	AU036-02	—	✓	✓
Pedi-, Maniküre sowie Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut	AU033-01	—	—	✓
Tauchtypische Unfälle		✓	✓	✓

Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren	AU091-01	✓ (nur bei Tod oder als Unfallfolge)	✓	✓
Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug	AU077-01	—	—	✓
Sonnenbrand oder Sonnenstich	AU078-01	—	—	✓
Rettung von Menschenleben, Sachen und Tieren		✓	✓	✓
Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch Alkoholeinnahme (aber nicht bei nachgewiesener Abhängigkeit):	AU095-01	✓	✓	✓
• beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen bei Blutalkoholgehalt unter		0,5 ‰	1,1 ‰	1,1 ‰
• bei der Benutzung eines Fahrrades bei Blutalkoholgehalt unter		1,6 ‰	1,6 ‰	1,6 ‰
• in allen sonstigen Fällen bei Blutalkoholgehalt unter		2,0 ‰	2,0 ‰	2,0 ‰
Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	AU097-01	—	✓	✓
Unfall infolge von Bewusstseinsstörung durch Übermüdung, Einschlafen	AU096-01	—	✓	✓
Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch eine ungewollte Einnahme von GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O. Tropfen)	AU098-01	—	✓	✓
Unfall infolge von Schlaganfall oder Herzinfarkt	AU030-01	—	✓	✓
Erhöhte Kraftanstrengung		✓	✓	✓
Durch erhöhte Kraftanstrengung ausgelöste	AU001-02	—	—	✓
• Bandscheibenschädigungen				
• Bauch- oder Unterleibsbrüche				
• Meniskusschäden				
• Knochenbrüche				

Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch Krampfanfälle	AU100-01	–	–	– Premium: ✓
Eigenbewegung	AU053-01	–	–	✓
Innere Unruhen	AU089-01	–	✓	✓
Infektionen, Schutzimpfungen, Insektenstiche/-bisse, Tierbisse, allergische Reaktionen oder Wundinfektionen		✓	✓	✓

Weitere Leistungsverbesserungen für Familienvorsorge

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Familienvorsorgeschutz für Ihren neuen Ehegatten, neu eingetragenen Lebenspartner, Neugeborene und Adoptivkinder		für max. 12 Monate	für max. 12 Monate	für max. 12 Monate
Invalidität		50.000 EUR	50.000 EUR	100.000 EUR
Unfall-Todesfallleistung		5.000 EUR	5.000 EUR	20.000 EUR
Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld		10 EUR	10 EUR	20 EUR
Bergungskosten		6.000 EUR	6.000 EUR	6.000 EUR

Weitere Leistungsverbesserungen bei vereinbarter Invaliditätsgrundsumme

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	AU015-02	–	–	10 % der Invaliditätsgrundsumme, max. 25.000 EUR
Tunnel-, Fähr- oder öffentlicher Personen-Nahverkehrsunfall	AU005-01	–	–	Erhöhung der Invaliditätsgrundsumme um 20.000 EUR

Weitere Leistungsverbesserungen für Immobilienbesitzer bei vereinbarter Invaliditätsgrundsumme

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Doppelte Invaliditätsleistung für mitversicherte Kinder unter 18 Jahren bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %	AU021-02	–	–	✓

Weitere Leistungsverbesserungen für versicherte Kinder unter 18 Jahren bei vereinbarter Invaliditätsgrundsumme

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Invaliditätsgrundsumme wird bei Tragen eines Schutzhelmes erhöht um	AU022-02	–	–	25 %

Weitere Leistungsverbesserungen für versicherte Personen ab dem 50. Lebensjahr bei vereinbarter Invaliditätsgrundsumme

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch	AU088-01	–	5 % der Invaliditätsgrundsumme, max. 5.000 EUR	10 % der Invaliditätsgrundsumme, max. 10.000 EUR
Übernahme von Umzugskosten in ein Senioren- oder Pflegeheim aufgrund der Schwere der Unfallfolgen	AU068-01	–	–	10 % der Invaliditätsgrundsumme, max. 10.000 EUR

Weitere Leistungsverbesserungen bei vereinbarter Unfall-Todesfallleistung

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Tunnel-, Fähr- oder öffentlicher Personen-Nahverkehrsunfall	AU005-01	–	–	Erhöhung der Todesfallleistung um 10.000 EUR
Unfalltod infolge von Bewusstseinsstörungen	AU090-01	–	–	– Premium: max. 10.000 EUR

Bei Verschollenheit	AU069-02	—	—	✓
Vollwaisenleistung Doppelte Todesfallleistung für Kinder bis 18 Jahre bei unfallbedingtem Tod beider Elternteile	AU023-02	—	—	max. 50.000 EUR
Invaliditätsvorschussleistung vor Abschluss des Heilverfahrens		max. bis zur Höhe der Todesfall- leistung	max. bis zur Höhe der Todesfall- leistung	max. bis zur Höhe der Todesfall- leistung
Vorableleistungsanspruch	AU006-01	—	—	✓

Weitere Leistungsverbesserungen bei vereinbartem Krankenhaustagegeld (KHT)

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Tunnel-, Fähr- oder öffentlicher Personen-Nahverkehrsunfall	AU005-01	—	—	Erhöhung des Krankenhaus- tagegeldes und Genesungs- geldes um 20 EUR
Doppeltes Krankenhaustagegeld (Genesungsgeld)		max. 150 Tage	max. 150 Tage	max. 500 Tage
Krankenhaustagegeld auch bei Notfalleinweisung in Nicht-Akut- Häuser und bei Entfernung von Osteosynthesematerial	AU008-01	—	—	✓
Krankenhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik	AU009-02	—	—	max. 5 Jahre
Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland	AU010-02	—	—	max. 4 Wochen
Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen		1 Tagessatz KHT	3 Tagessätze KHT	5 Tagessätze KHT
Kosten für eine Haushaltshilfe	AU025-02	—	—	50 EUR pro Tag, max. 100 Tage

Weitere Leistungsverbesserungen für versicherte Kinder unter 18 Jahren bei vereinbartem Krankenhaustagegeld (KHT)

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Doppeltes Krankenhaustagegeld bei mindestens 8-tägiger vollstationärer Heilbehandlung in einem mehr als 250 km entfernten Krankenhaus	AU024-02	–	–	✓
Kosten für Rooming-In Bei Übernachtung eines Eltern-, Großelternteiles oder eines Paten mit dem Kind im Krankenhaus, einfacher Tagessatz KHT		max. 30 Tage	100 Tage, max. 6.000 EUR	100 Tage, max. 6.000 EUR

Gliedertaxe

AU004-03

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Arm einschließlich Schultergelenk		70 %	70 %	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks		65 %	70 %	76 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks		60 %	70 %	72 %
Hand einschließlich Handgelenk		55 %	70 %	70 %
Daumen		20 %	25 %	25 %
Zeigefinger		10 %	16 %	16 %
Anderer Finger		5 %	10 %	10 %
Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand		45 %	70 %	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk		70 %	70 %	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels		60 %	70 %	76 %
Bein bis unterhalb des Knies		50 %	70 %	74 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels		45 %	70 %	72 %
Fuß einschließlich Fußgelenk		40 %	70 %	70 %
Große Zehe		5 %	8 %	15 %
Andere Zehe		2%	3 %	8 %

Auge		50 %	60 %	60 %
Gehör auf einem Ohr		30 %	35 %	40 %
Verbesserte Leistung bei beidseitigem Sehkraftverlust (sofern ein Auge bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war)		—	—	100 %
Verbesserte Leistung bei beidseitigem Hörverlust (sofern das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig verloren war)		—	—	60 %
Geruchssinn		10 %	10 %	20 %
Geschmackssinn		5 %	5 %	10 %
Vollständiger Stimmverlust		—	—	100 %
Milz		—	—	10 %
Niere (bei Erhaltung der anderen Niere)		—	—	25 %
Niere (sofern vor dem Unfall bereits eine Niere fehlte)		—	—	75 %
Niere (bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch denselben Unfall)		—	—	100 %
Gallenblase		—	—	10 %
Magen		—	—	20 %
ein Lungenflügel		—	—	50 %
Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte	AU080-03	—	—	einschließbar

Weitere Vertragsbestandteile

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Inklusive aller Mehr-/Zusatzleistungen wird max. das Zehnfache der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme je Leistungsfall ausbezahlt		✓	✓	✓
Verzicht auf die Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen unterhalb eines Mitwirkungsanteiles von	AU081-04	25 %	50 %	50 % Premium: Keine Leistungs- kürzung (50 %) für festgelegte Krankheiten)
Ab Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person		25 %	50 %	50 %
Kitesurfen gilt ausdrücklich nicht als ausgeschlossene Luftsportart		✓	✓	✓
Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads	AU099-01	–	✓	✓
Motorsportveranstaltungen Der Teil, bei dem es nicht auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten		✓	✓	✓
Kartfahren (sofern keine organisierte Fahrtveranstaltung einer Kart-Serie)		✓	✓	✓
Änderung der Berufstätigkeit Keine Kürzung der Leistung bei irrtümlich unterlassener Anzeige innerhalb der ersten zwölf Monate ab Änderung der Berufstätigkeit trotz Änderung der Gefahrengruppe	AU037-01	–	–	✓
Keine Nachteile bei Berufsausübung aus Pflichtgefühl nach einem Unfall		✓	✓	✓
Beitragsfreie Vertragsfortführung für Ihre mitversicherten Kinder unter 18 Jahren	AU040-01			
• bei Tod des Versicherungsnehmers		✓	✓	✓
• bei unfallbedingter Invalidität des Versicherungsnehmers von mindestens 50 %		–	–	✓

• bei Tod des versicherten Ehegatten/Lebensgefährten • bei unfallbedingter Invalidität des versicherten Ehegatten/Lebensgefährten von mindestens 50 %		–	–	✓
		–	–	✓
Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit		bis zu 6 Monate	bis zu 6 Monate	bis zu 6 Monate
Wir garantieren mindestens die Leistungen der Bedingungen des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Stand Dezember 2020		✓	✓	✓
Zukünftige Leistungsverbesserungen können angeboten werden		✓	✓	✓
Innovationsversprechen		✓	✓	✓

Fristen

	Klauseln	Basis	Komfort	Top
Versicherungsdauer für Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse bei Auslandsreisen		7 Tage	30 Tage	30 Tage
Fristverlängerung für die Schadenmeldung, wenn Sie Unfallfolgen zunächst nicht angenommen haben		✓	✓	✓
Für Eintritt, Feststellung und Geltendmachung der Invalidität (ab dem Unfalltag)		18 Monate	24 Monate	30 Monate
Frist für den Eintritt des Todesfalls	AU094-01	1 Jahr	1 Jahr	1 Jahr Premium: 2 Jahre
Frist für die Anzeige eines Unfalltodes		innerhalb von 7 Tagen nach Kenntnisnahme	innerhalb von 7 Tagen nach Kenntnisnahme	innerhalb von 7 Tagen nach Kenntnisnahme
Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades (ab dem Unfalltag)	AU039-01			
• durch uns veranlasst • durch Sie veranlasst • bei Kindern		3 Jahre 3 Jahre 5 Jahre	3 Jahre 3 Jahre 5 Jahre	2 Jahre 3 Jahre 5 Jahre

Für die Durchführung von kosmetischen Operationen (ab dem Unfalltag)				
• für Erwachsene • für Kinder		3 Jahre vor Vollendung des 21. Lebensjahres	3 Jahre vor Vollendung des 21. Lebensjahres	5 Jahre vor Vollendung des 21. Lebensjahres
Frist zur Geltendmachung der Sofortleistung bei Schwerverletzungen	AU015-02	nicht versichert	nicht versichert	12 Monate
Frist zur Geltendmachung der Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch	AU088-01	nicht versichert	12 Monate	12 Monate
Frist zur Geltendmachung der Sofortleistung Knochenbruch	AU016-02	nicht versichert	12 Monate	12 Monate

Diese Übersicht stellt lediglich eine Kurzbeschreibung der versicherten Leistungen dar.
Die rechtsverbindliche Beschreibung des Versicherungsschutzes ergibt sich ausschließlich aus den beantragten und von uns im Versicherungsschein dokumentierten Leistungen sowie aus den vereinbarten Versicherungsbedingungen und Klauseln.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die PrivatSchutz Unfallversicherung

(AUB 2024)

Fassung 04.2024

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

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	2	Weitere Bestimmungen	11
1 Was ist versichert?	2	18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?	11
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	3	19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?	11
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	6	20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?	11
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	6	21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?	11
5 Was ist nicht versichert?	7	22 Welche besonderen Regelungen gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?	12
6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?	8	23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?	13
Der Leistungsfall	9	24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?	13
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	9	25 Welches Recht ist anzuwenden?	13
8 Welche Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?	9	26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?	13
9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?	9	27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?	13
Die Versicherungsdauer	10	28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?	14
10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	10	29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?	14
11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?	10	30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?	15
12 Welche Kündigungsmöglichkeiten gibt es?	10	31 Wie sind Sparten und Versicherungen definiert?	15
Der Versicherungsbeitrag	10	32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?	15
13 Wie ist die Versicherungsperiode bei der Beitragszahlung definiert?	10	33 Was ist das Innovationsversprechen?	15
14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?	10	34 Wann kann es zu einer Beitragsanpassung kommen?	16
15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?	10	35 Was ist zu beachten, wenn mehrere Unfallversicherungen parallel bestehen?	16
16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?	11	36 Welche Möglichkeit der Selbstbeteiligung gibt es? (Integralfranchise)	16
17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?	11	37 Welche zusätzlichen Leistungen können vereinbart werden?	16

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt;
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

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

1.4.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unfreiwillig einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet, z. B. die Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.4.3 Unfalltod durch Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren

Als Unfall gilt auch der unfreiwillige Tod durch Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren.

1.4.4 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch ein Gesundheitsschaden, den sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt (z. B. Notwehr).

Das Gleiche gilt für Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei Rettungsbemühungen bewusst in Kauf nimmt. Dabei ist unerheblich, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

1.4.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen sowie
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eingetreten sind.

1.4.6 Schädigung der Gesundheit durch ausströmende Gase und Dämpfe

Als Unfall gilt auch, wenn Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe entstehen.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person diesen Einwirkungen unfreiwillig und nicht andauernd ausgesetzt war. Nicht versichert sind deshalb Gesundheitsschädigungen, die auf eine andauernde allmähliche Einwirkung zurückzuführen sind. Andauernd ist eine Einwirkung dann, wenn diese – auch mit Unterbrechungen – mehr als sieben Tage anhält.

1.4.7 Infektionen

1.4.7.1 Allgemeine Infektionen

Als Unfall gilt auch die Infektion der versicherten Person

- mit Tollwut oder Tetanus (Wundstarrkrampf).
- mit Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff. 5.2.3).
- die durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper der versicherten Person entstanden ist. Tröpfchen und Schmierinfektionen erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht.

1.4.7.2 Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (Immun-Klausel)

Als Unfall gilt auch die Infektion mit einem Erreger der folgenden Infektionskrankheiten, auch trotz vorheriger Schutzimpfung:

- Brucellose,
- Cholera,
- Diphtherie,
- Dreitagefieber,
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm),
- epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Masern,
- Mumps,
- Pest,
- Pfeiffersches Drüsenfieber,
- Pocken,
- Röteln,
- Scharlach,
- Typhus/Paratyphus oder
- Windpocken/Gürtelrose.

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

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

1.4.7.3 Insektenstiche und Insekten-/Tierbisse

Als Unfall gelten auch die folgenden Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden:

- Borreliose,
- Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis (FSME),
- Malaria,
- Fleckfieber,
- Gelbfieber,
- Tetanus (Wundstarrkrampf),
- Tollwut,
- Schlafkrankheit,
- Tularämie (Hasenpest).

Das gilt auch, wenn es sich um eine erstmalige Infektion nach einer Schutzimpfung handelt.

Ausgeschlossen bleiben jedoch berufsbedingte Gesundheitsschädigungen durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen.

1.4.7.4 Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten

Mitversichert sind auch durch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten hervorgerufene Gesundheitsschädigungen (Impfschäden) gegen die in Ziff. 1.4.7.2 und 1.4.7.3 aufgeführten Krankheiten.

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

1.4.7.5 Allergische Reaktionen

Mitversichert sind auch die nicht infektionsbedingten Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

1.4.7.6 Blutvergiftungen/Wundinfektionen

Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziff. 1.3 sind zudem mitversichert:

- Blutvergiftungen und Wundinfektionen,
- Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde,
- Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

1.4.7.7 Beginn des Versicherungsschutzes/Wartezeit

Für die Ziffern 1.4.7.1 – 1.4.7.5 gilt:

Der Versicherungsschutz beginnt – abweichend von Ziff. 10 – nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt mit Ausstellung des Versicherungsscheins bzw. des Nachtrags. Erstmalige Infektionen bzw. Gesundheitsschädigungen, die sich vor Ablauf der Wartezeit manifestieren, sind nicht versichert.

Die Wartezeit entfällt für während der Vertragsdauer geborene Kinder.

Wir verzichten auf die Wartezeit von einem Monat, sofern der Versicherungsschutz unmittelbar, also ohne zeitliche Unterbrechung, vom bisherigen Versicherer auf uns als neuen Risikoträger übergeht und bei diesem eine gleichlautende Vereinbarung zum Versicherungsschutz gemäß Ziffer 1.4.7 vorgelegen hat.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziff. 3) und zu den Ausschlüssen (Ziff. 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

2.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, wodurch Sie auf Dauer durch den Unfall beeinträchtigt sind.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

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 diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziff. 2.3), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Eine vereinbarte Progressionsstaffel und weitere Leistungsverbesserungen können zur Erhöhung der Leistung führen.

Berechnet sich unter Berücksichtigung aller Bestimmungen eine Leistung, die mehr als das zehnfache der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme beträgt, so wird maximal die zehnfache Invaliditätsgrundsumme gezahlt.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziff. 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 (Ziff. 2.1.2.2.2).

Maßgeblich für die Erstbemessung des Invaliditätsgrades und alle weiteren Bemessungen (Ziff. 9.4) ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall erkennbar ist.

Der Grad der unfallbedingten Invalidität kann gemäß Ziff. 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

- Arm einschließlich Schultergelenk 70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
- Hand einschließlich Handgelenk 55 %

- Daumen 20 %
- Zeigefinger 10 %
- anderer Finger 5 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk 70 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
- Bein bis unterhalb des Knies 50 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %
- Fuß einschließlich Fußgelenk 40 %
- große Zehe 5 %
- andere Zehe 2 %
- Auge 50 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.2.5 Progressionsstaffeln

Die Berechnung der Invaliditätsleistung erfolgt nach der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Progressionsstaffel:

Progressive Invaliditätsstaffel 100 %

Führt ein Unfall unter Berücksichtigung von Ziff. 3 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, ergibt sich die Invaliditätsleistung aus dem festgestellten prozentualen Invaliditätsgrad und der im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegten Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 225 %

Führt ein Unfall unter Berücksichtigung von Ziff. 3 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 350 %

Führt ein Unfall unter Berücksichtigung von Ziff. 3 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der

körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 500 %

Führt ein Unfall unter Berücksichtigung von Ziff. 3 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätsgrundsumme.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziff. 2.1.1.4), oder
- gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstorben, und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Wiederkehrende Zahlung der Invaliditätsgrundsumme

2.1.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 % und besteht weiterhin nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Zeitraum. Dies ist auf Anforderung durch uns mit einem ärztlichen Gutachten nachzuweisen.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 2.1.1 und 2.1.2.2. Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen bleiben unberücksichtigt.

Bei der Bemessung des für die wiederkehrende Zahlung mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

2.1.2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Unfalltag, die zum Unfalltag gültige Invaliditätsgrundsumme.

Der Anspruch auf Leistung der wiederkehrenden Zahlung endet mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsatz.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 2.1.1 und 2.1.2.2.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrads bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen oder progressive Invaliditätsstaffeln unberücksichtigt.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziff. 2.1.2.3.

Die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen gemäß Ziff. 3 gelten entsprechend.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziff. 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Mindestprozentsatz gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

2.3 Todesfalleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Bitte beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziff. 7.6.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten. Der maximale Leistungszeitraum sowie die Höhe der Leistung ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

2.6 Ambulantes Krankenhaustagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten ambulanten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose).

Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Das ambulante Krankenhaustagegeld wird einmalig in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Anzahl an Tagessätzen des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Welche Leistungen sind ohne Mehrbeitrag versichert?

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten;
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;
- bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

Wir bezahlen die nachgewiesenen Kosten für die Heimreise zu ihrem ständigen Wohnsitz bis maximal zu dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrages. Als Reisemittel werden anerkannt

- Bahnfahrten 2. Klasse
- Flüge in der Economy-Class, wenn eine Bahnfahrt länger als zehn Stunden dauern würde
- sonstige öffentliche Verkehrsmittel.

Wir bezahlen die nachgewiesenen Unterbringungskosten für den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Leistungszeitraum bis maximal zur Höhe des angegebenen Tageshöchstbetrages.

entstanden.

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. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrages.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

2.9 Nicht belegt

2.10 Kosten für kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

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. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

- für Arzthonore, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,
- für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Laborkosten

insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Versicherungssumme.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen, für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege.

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

2.11 Nicht belegt

2.12 Kosten für Rooming-In

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person, für die ein Krankenhaustagegeld vereinbart ist, hat am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet. Sie befindet sich nach einem Unfall im Sinne von Ziff. 1 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Eltern- oder Großelternteil oder ein Pate übernachtet mit ihr im Krankenhaus (Rooming-In).

2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Je Übernachtung wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldbetrages des versicherten Kindes gezahlt.

Der maximale Leistungszeitraum sowie der Höchstausszahlungsbetrag je Unfallereignis ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

2.13 Versicherungsleistungen für neue Familienmitglieder

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Nach Beginn des Versicherungsschutzes neu hinzukommende

- Neugeborene, Adoptivkinder und
- noch nicht bei uns unfallversicherte Ehe-/oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einer versicherten Person sind beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz besteht bei Neugeborenen ab Geburt, bei Adoptivkindern ab Adoptionsbeschluss, bei Ehe-/oder Lebenspartnern ab dem Tag Ihrer standesamtlichen Eheschließung bzw. ab dem Tag der Begründung Ihrer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes für den Zeitraum von zwölf Monaten.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Versichert sind folgende Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung (Ziff. 2.1)
- Todesfalleistung (Ziff. 2.3)
- Krankenhaustagegeld (Ziff. 2.4) bzw. Genesungsgeld (Ziff. 2.5)
- Bergungskosten (Ziff. 2.8)

Die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Prozentsatz, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mindestens Pflegegrad 3 nach § 15 Sozialgesetzbuch XI)

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziff. 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für die in Ziff. 4.1 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

5.1.1 Bewusstseinsstörungen

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Ausnahme:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.1.1 Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum verursacht sind, gelten als versichert, wenn der Blutalkoholgehalt

- beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen unter 0,5 Promille,
- bei der Benutzung eines Fahrrades unter 1,6 Promille,
- in allen sonstigen Fällen unter 2,0 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank gewesen ist.

5.1.2 Straftaten

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

5.1.3 Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse

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.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Frist beginnt nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Luftfahrtunfälle

Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird. Darunter fallen auch Flugschüler.

Ausnahme:

Unfälle als Führer von unbemannten Flugmodellen. Für diese gilt der Ausschluss nicht.

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

5.1.5 Rennveranstaltungen

Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Kommt es bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen nur zum Teil auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit an, so beschränkt sich der Ausschluss nur auf diese Teile (z. B. Sonderprüfung bei Rallyes).

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorbahnen zur Verfügung gestellt werden, gelten als versichert.

Das gilt jedoch nur, soweit die Fahrten

- reinen Freizeitcharakter aufweisen,
- nicht einer Kart-Serie angehören,
- nicht dem Kartsport zuzurechnen sind,
- die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert sind.

5.1.6 Kernenergie

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.1.7 Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads

Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person durch das Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen mit E-Scootern, S-Pedelecs (E-Bikes) und Motorrollern bis 45 km/h Höchstgeschwindigkeit. Diese sind versicherungspflichtig, aber zulassungsfrei.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

5.2.1 Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- Schäden an Bandscheiben;
- Blutungen aus inneren Organen und
- Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziff. 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und

- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Nicht versichert sind Unfälle durch Strahlen.

Ausnahme:

Unfälle durch die Strahlen, die gemäß Ziff. 1.4.5 ausdrücklich versichert sind.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3 Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Ausgeschlossen sind Infektionen, die nicht nach Ziff. 1.4.7 versichert sind.

Des Weiteren ausgeschlossen sind

- die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).
- Infektionskrankheiten, die die versicherte Person im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (Pandemie) erleidet. Ein Zusammenhang mit einer Pandemie besteht dann, wenn die zuständige Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Infektionskrankheit gemäß Art. 12 der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) festgestellt hat und diese Krankheit ab dem Tag der WHO-Feststellung bei der versicherten Person ärztlich diagnostiziert wurde.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Nicht versichert sind Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Versichert sind Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

5.2.6 Psychische Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Nicht versichert sind Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und des Beitrages ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Durch eine Änderung der Berufstätigkeit können sich neue risikorelevante Umstände ergeben, die individuell geprüft werden müssen und zu einer Anpassung des Vertragsinhalts führen können.

Hinweis: Insbesondere der Wechsel zwischen einer körperlich/handwerklichen Tätigkeit und einer kaufmännisch/verwaltenden Tätigkeit löst eine Überprüfung der Risikoverhältnisse aus.

6.1.1 Mitteilung der Änderung

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

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

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

6.2 Was müssen Sie bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, führen wir den Vertrag unter den nachfolgend geregelten Abweichungen fort. Im Übrigen bleiben die vertraglich vereinbarten Leistungen unverändert.

6.2.1 Jährliche Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3 %, ohne dass sich die Versicherungssummen ändern. Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 79. Lebensjahr vollendet, endet diese jährliche Erhöhung. Ausgenommen von der jährlichen Erhöhung ist die Unfall Assistance (sofern vereinbart).

6.2.2 Entfall der Dynamik (sofern vereinbart)

Wenn Ihrem Vertrag eine Dynamik zugrunde liegt, entfällt diese (siehe Ziff. 23 Dynamik).

6.2.3 Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit

Die Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit nach Ziff. 6.1 bleiben bestehen.

6.2.4 Wirksamwerden der Änderungen

Die Änderungen nach 6.2.1 bis 6.2.3 gelten ab folgendem Zeitpunkt:

Zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Änderungen.

6.2.5 Information über die Änderungen

Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragsänderung zugehen.

Der Leistungsfall

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

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

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

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

Melden Sie uns den Schaden nicht, weil zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und holen dann die Meldung unverzüglich nach, liegt keine Obliegenheitsverletzung vor.

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

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

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Geht der Versicherte nach einem Unfall seinem Beruf aus Pflichtgefühl weiter nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

7.5 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von sieben Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Diese Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

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

8 Welche Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziff. 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Obliegenheiten nach Ziff. 7.

Die notwendigen ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1 % jährlich zu verzinsen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Bei einem Betrag von unter 1.000 EUR verzichten wir auf eine Rückforderung.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziff. 15.1 zahlen.

11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?

11.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen angegebene Zeit abgeschlossen.

11.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

11.3 Vertragsbeendigung

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

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

12 Welche Kündigungsmöglichkeiten gibt es?

12.1 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie oder wir nach einem Versicherungsfall?

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, 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 oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

- Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.
- Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

12.2 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie nach einer Beitragsanpassung?

Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Beitragsanpassung (Ziff. 6.2 bzw. Ziff. 34), ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag in Textform (z. B. Brief, E-Mail, Fax) innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragsanpassung wirksam werden soll. Wir haben Sie in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Das Gleiche gilt, wenn der Umfang des Versicherungsschutzes aufgrund einer Beitragsanpassung vermindert wird, ohne dass der Beitrag herabgesetzt wird. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

Der Versicherungsbeitrag

13 Wie ist die Versicherungsperiode bei der Beitragszahlung definiert?

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einem

Einmalbeitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

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

14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

14.1 Fälligkeit

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.

14.2 Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig.

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

14.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

15.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein, dessen Nachträgen oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

15.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen.

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

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

15.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen wurden.

15.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?

16.1 Ihre Pflichten als Beitragszahler

Ist zur Einziehung des Beitrages das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart worden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des Kontos sorgen, der Beitrag entsprechend eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

16.2 Änderung des Zahlungswegs

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, die Lastschriftvereinbarung für den fälligen Beitrag und zukünftige Beiträge in Textform zu kündigen und künftig Zahlungen außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Sie sind zur Übermittlung des ausstehenden Beitrags und künftiger Beiträge erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

16.3 Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im SEPA-Lastschriftverfahren gezahlt werden.

17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

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

Weitere Bestimmungen

18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?

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

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

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

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

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

19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?

19.1 Form

Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind für uns bestimmte Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben.

Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Anzeigen und Erklärungen bleiben unberührt.

19.2 Nichtanzeige einer Anschriften- bzw. Namensänderung

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

19.3 Nichtanzeige der Verlegung einer gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebes abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziff. 19.2 entsprechend Anwendung.

19.4 Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Erstwohnsitz ins Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland), erlischt der Versicherungsschutz für Sie und die versicherte Person zum Datum der Abmeldung und es erfolgt die Aufhebung des Vertrages.

Die Abmeldebescheinigung ist uns unverzüglich zu übersenden.

20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?

20.1 Die Höhe des Beitrages hängt unter anderem von dem Geburtsdatum der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Beiträge sind unsere geltenden Tarifbestimmungen.

Die Korrektur des Geburtsdatums müssen Sie uns unverzüglich in Textform mitteilen.

20.2 Bei einer Erhöhung des Beitrages aufgrund veränderter Beitragssätze können Sie den Vertrag kündigen.

Die Kündigung hat spätestens einen Monat nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung zu erfolgen. Sie wird einen Monat nach Zugang wirksam. Die Kündigung hat in Textform zu erfolgen.

20.3 Wir können bei einer Kündigung durch Sie den Beitrag nur in der bisherigen Höhe zeitanteilig bis zur Wirksamkeit der Kündigung beanspruchen.

21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?

21.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

21.2 Rücktritt

21.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

21.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

21.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

21.3 Vertragsanpassung oder Kündigungsrecht

21.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen.

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

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

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

21.4 Voraussetzungen für die Durchsetzung der Rechte nach Ziff. 21.2 und 21.3

Wir müssen die uns nach Ziff. 21.2 und 21.3 zustehenden Rechte 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.

Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziff. 21.2 und 21.3 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziff. 21.2 und 21.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Vertragsanpassung oder zur Kündigung. 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.

21.5 Anfechtung

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

22 Welche besonderen Regelungen gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?

22.1 Umstellung auf den Erwachsenenentarif

Für Kinder, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versichert werden, richtet sich der zu zahlende Beitrag nach dem Kindertarif. Die Anwendung des Kindertarifes endet grundsätzlich zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

In der Folgezeit soll der Versicherungsschutz den veränderten Lebensumständen angepasst und der Beitrag entrichtet werden, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenenentarif ergibt.

Die vereinbarten Versicherungssummen werden als Vorsorgeschutz unverändert weiter fortgeführt.

Kommt eine Neuordnung des Vertrages nicht bis zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt, zustande, erfolgt die Beitragsberechnung anhand des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenenentarifes, die Versicherungssummen bleiben unverändert bestehen.

Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

22.2 Fortführung des Versicherungsvertrages

Wenn Sie vor Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sterben, gilt unter der Voraussetzung, dass Sie bei Antragstellung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, Folgendes:

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

22.2.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Mit Ablauf dieses Jahres endet die Versicherung.

23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?

23.1 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, werden die Versicherungssummen der nachfolgend aufgeführten Leistungsarten jährlich – bis zu den jeweiligen tariflichen Höchstversicherungssummen – um den dort genannten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 EUR, für die Verbesserte Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für die Unfall-Rente auf volle 5 EUR aufgerundet.

Der neue Beitrag errechnet sich aus den erhöhten Versicherungssummen.

23.2 Erstmaler Erhöhungstermin

Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres, im Falle der Vereinbarung einer Ergänzungs-Deckung nach Ziff. 35 jedoch frühestens zum Beginn des auf den Ablauf der Ergänzungs-Deckung folgenden Versicherungsjahres.

23.3 Unterrichtung über die erhöhten Versicherungssummen

Spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag.

23.4 Ihr Recht auf Widerruf

Sie können die Vereinbarung über die Erhöhungen jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres in Textform widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziff. 23.3.

23.5 Form des Widerrufs und Wiederaufnahme der jährlichen Erhöhungen

Sie sind auf den Fristablauf hinzuweisen. Ihr Widerruf ist in Textform an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Ihren Wunsch hin wird die Versicherung mit jährlicher Erhöhung der Versicherungssummen (Dynamik) wieder fortgeführt.

23.6 Unser Recht auf Widerruf

Wir können für die Zukunft die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik) mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform widerrufen.

23.7 Beendigung der jährlichen Erhöhungen bei Beitragsfreistellung

Wird der Vertrag nach Ziff. 22.2 beitragsfrei gestellt, treten die Regelungen gemäß Ziff. 23.1 bis 5 bei Ihrem Tod außer Kraft.

23.8 Beendigung der jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)

Die in 23.1 aufgeführten Leistungsarten werden für eine versicherte Person zur nächsten Hauptfälligkeit nicht mehr erhöht, wenn

- sie das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- die tariflichen Höchstversicherungssummen bei den Leistungsarten Invalidität oder Unfall-Rente erreicht wurden.

24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?

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

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

25 Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Die Vertragssprache ist deutsch.

26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?

26.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können Sie Ihre Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

26.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

26.3 Unbekannter Wohnsitz

Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?

Sofern wir zukünftig Verbesserungen der Versicherungsleistungen anbieten, können diese auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die Verbesserungen der Versicherungsleistungen informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der verbesserten Versicherungsleistungen ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Die Verbesserungen werden dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie den von uns vorgeschlagenen Verbesserungen der Versicherungsleistungen nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?

28.1 Bedingungsanpassung aufgrund neuer verbesserter Bedingungen

Sofern wir zukünftig ein verbessertes Bedingungswerk anbieten, kann dieses auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Das verbesserte Bedingungswerk wird dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie der von uns vorgeschlagenen Bedingungsumstellung nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden.

Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

28.2 Bedingungsanpassung aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigem Verwaltungsakt

Bei Vorliegen nachfolgender Voraussetzungen können wir eine Regelung Ihrer Versicherungsbedingungen anpassen.

28.2.1 Feststellen der Unwirksamkeit einer Regelung

Wird durch

- eine höchstrichterliche Rechtsprechung,
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt oder
- die Änderung oder das Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften

eine Regelung der Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt bzw. einzelne Regelungen für nicht mehr als mit geltendem Recht als vereinbar angesehen, sind wir berechtigt, diese Regelung zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen.

Bei der gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung kommt es nicht darauf an, ob sich diese gegen uns oder ein anderes Unternehmen richtet, sofern die für unwirksam erklärte Regelung im Wesentlichen inhaltsgleich ist.

Eine Anpassung ist nur zulässig, wenn die in den folgenden Absätzen beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

28.2.2 Regelungen, die angepasst werden können

Wir können nur Regelungen anpassen, die eines der folgenden Themen betreffen:

- Leistungsvoraussetzungen,
- Leistungsumfang,
- Leistungsausschlüsse oder -einschränkungen,
- Obliegenheiten, die Sie nach Vertragsschluss beachten müssen,
- die Anpassung Ihres Beitrages,
- die Vertragsdauer und
- die Kündigung Ihres Vertrages.

28.2.3 Anpassungsvoraussetzung

Eine Anpassung nach Ziff. 28.2 ist nur möglich, wenn

- die gesetzlichen Vorschriften keine konkreten Bestimmungen enthalten, mit der die durch die Unwirksamkeit entstandene Vertragslücke geschlossen werden kann und
- der ersatzlose Wegfall der Regelung keine angemessene Lösung darstellt, die den typischen Interessen der Vertragspartner gerecht würde.

28.2.4 Anpassung durch Inhalt der Neuregelung

Bei der Anpassung werden die Grundsätze der ergänzenden Vertragsauslegung angewendet. Das bedeutet, dass die unwirksame Regelung durch eine Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen

gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Regelung zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

28.2.5 Durchführung der Anpassung

Die angepasste Regelung werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern. Widersprechen Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilung, gilt die Anpassung als genehmigt. Ihr Widerspruch muss in Textform erfolgen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Bei einem fristgerechten Widerspruch wird die Regelungsanpassung nicht Vertragsbestandteil.

28.2.6 Unser Kündigungsrecht im Falle nach Ihrem Widerspruch

Widersprechen Sie nach Ziff. 28.2.5 einer Anpassung, können wir den Vertrag kündigen, wenn uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung nicht zumutbar ist.

Unsere Kündigung müssen wir innerhalb von sechs Wochen nach Zugang Ihres Widerspruchs schriftlich erklären, und zwar mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats.

28.3 Klauselanpassung

Die Regelungen nach Ziff. 28.1 und 28.2 finden zu vereinbarten Klauseln entsprechend Anwendung.

29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?

29.1 Werden Sie, als Versicherungsnehmer, im Sinne des Arbeitsförderungsrechts unverschuldet arbeitslos, übernehmen wir für Sie die Beitragszahlung für max. sechs Monate für diese PrivatSchutz-Versicherung bei unverändertem Versicherungsschutz.

Nehmen Sie diese Leistung in Anspruch, so gilt dies als ein Versicherungsfall.

29.2 Voraussetzungen für die Leistung:

- Ihr Wohnsitz und dauernder Aufenthalt ist in der Bundesrepublik Deutschland,
- Ihre Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Versicherung eingetreten,
- die Arbeitslosigkeit besteht seit mindestens sechs Wochen,
- die Versicherung wurde noch nicht gekündigt,
- Sie als Arbeitnehmer standen vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden,
- Sie haben das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet.

29.3 Ein Anspruch besteht nicht, wenn:

- bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war,
- Sie als Freiwilliger den Wehrdienst, den Bundesfreiwilligendienst (BFD) oder den internationalen Jugendfreiwilligendienst (IJFD) oder nationalen Jugendfreiwilligendienst (Freiwilliges Soziales Jahr FSJ oder Freiwilliges Ökologisches Jahr FÖJ) ableisten, als Auszubildender, Selbstständiger, Freiberufler, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder Angestellter, die bei Ihrem Ehe-/Lebenspartner, Kind, ihren Eltern oder Geschwistern und deren Ehe-/Lebenspartner beschäftigt waren.

Ein Anspruch auf Beitragsübernahme bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erneut erfüllt sind.

29.4 Das Vorliegen der unter Ziff. 29.1 und 29.2 genannten Voraussetzungen müssen Sie durch entsprechende Bescheinigungen des für Sie zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachweisen.

29.5 Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erfüllt haben.

29.6 Der Anspruch auf Übernahme der Beitragszahlung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform von Ihnen geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragszahlung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der Anzeige der Arbeitslosigkeit bei uns. Den Beginn der Beitragszahlung werden wir Ihnen schriftlich bestätigen. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß von Ihnen zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Forderungen verrechnet.

29.7 Über das Ende Ihrer Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich in Textform informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragszahlung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem wir Nachweise angefordert haben, außer Kraft, wenn uns in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?

Wir garantieren, dass die dieser Versicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2020 (Stand: Dezember 2020) abweichen.

31 Wie sind Sparten und Versicherungen definiert?

Als Sparte gilt:

Sparte	PrivatSchutz-Versicherung
Unfall	Unfallversicherung Existenzversicherung
Haftpflicht	Privat-Haftpflichtversicherung Tierhalter-Haftpflichtversicherung Sport-Boot-Haftpflichtversicherung Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung Gewässerschaden-Haftpflichtversicherung
Hausrat	Hausratversicherung
Wohngebäude	Wohngebäudeversicherung
Rechtsschutz	Privat- und Berufs-Rechtsschutzversicherung Verkehrs-Rechtsschutzversicherung Immobilien-Rechtsschutzversicherung

32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?

Sie sind noch bei einem anderen Anbieter versichert. Der Versicherungsschutz aus dem anderweitigen Vertrag für die gleiche versicherte Person wird um die EGD ergänzt.

32.1 Vertragsgrundlagen

Als Vertragsgrundlage gelten die vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PrivatSchutz Unfallversicherung (AUB) Fassung 04.2024 und die dazugehörigen Klauseln (AU KL Komfort - 2024 oder AU KL Top - 2024).

32.2 Leistungsumfang der EGD

32.2.1 Die EGD leistet bis zur Höhe des im vorliegenden Vertrag vereinbarten Ergänzungs-Versicherungsschutzes (zum Beispiel Versicherungssummen, Deckungserweiterungen, Höchstgrenzen).

Für versicherte Kosten wie z. B. Bergungskosten besteht in der EGD Versicherungsschutz nur subsidiär zu anderweitigem Versicherungsschutz.

Anderweitige Leistungspflichten gehen vor, wenn für das selbe Risiko noch bei einem anderen Versicherer Versicherungsschutz besteht.

32.2.2 Maßgeblich für den vertraglich vereinbarten Leistungssatz von Kosten aus dem anderweitig bestehenden Vertrag ist der Umfang des Versicherungsschutzes des anderen Vertrages, der zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD bestanden hat. Nachträglich vorgenommene Änderungen an der anderweitigen Versicherung bewirken keine Erweiterung der EGD.

32.2.3 Ergänzend zu den Bestimmungen unserer Bedingungen werden Leistungen aus der EGD nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD eine anderweitige gleichartige Versicherung nicht bestanden hat.

32.2.4 Ist der anderweitige Versicherer infolge

- Nichtzahlung der Beiträge,
- Obliegenheitsverletzung,
- arglistiger Täuschung,
- eines Vergleiches

von seiner Leistungspflicht ganz oder teilweise befreit, so wird dadurch keine Erweiterung des Leistungsumfanges unserer EGD bewirkt. Leistungen aus der EGD werden dann nur insoweit erbracht, wie sie entstanden wären, wenn keiner der vorgenannten Gründe für den Wegfall oder die Reduzierung der Leistung vorgelegen hätte.

Gleiches gilt, wenn aufgrund fehlender Nachweise über die Schadenhöhe durch den anderweitigen Versicherer lediglich eine pauschale Entschädigung erbracht wird.

32.3 Ihr Verhalten bei einem Unfall

32.3.1 Sie haben einen Unfall sowohl dem anderweitigen Unfall-Versicherer als auch uns unverzüglich anzuzeigen.

32.3.2 Leistet der anderweitige Unfall-Versicherer für angefallene versicherte Kosten nicht oder nicht im vollen Umfang, so sind uns das entsprechende Schreiben des anderweitigen Unfall-Versicherers sowie die Unterlagen zur Feststellung der Entschädigungspflicht bzw. Leistungshöhe einzureichen.

32.3.3 Die Obliegenheiten gemäß Ziff. 7, die von Ihnen im Versicherungsfall zu beachten sind, bleiben unberührt.

32.4 Umstellung der EGD auf den vollen Versicherungsschutz

32.4.1 Der vorliegende Versicherungsvertrag wird zu dem im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen genannten Ablauftermin der anderweitigen Versicherung, spätestens jedoch drei Jahre nach Beginn unserer EGD, für die versicherte Person durch den Wegfall der Bestimmungen über die EGD auf den vollen Versicherungsschutz umgestellt. Endet die anderweitig bestehende Versicherung vor dem genannten Ablauftermin, dann erfolgt die Umstellung auf den vollen Versicherungsschutz zu diesem Termin.

Die vorzeitige Beendigung der anderweitig bestehenden Versicherung ist uns unverzüglich mitzuteilen. Wird die Beendigung schuldhaft nicht oder nicht rechtzeitig angezeigt und ereignet sich ein Unfall vor Zugang der Anzeige, so besteht der Versicherungsschutz weiterhin nur im Umfang der bisherigen EGD gemäß Ziff. 32.2.

32.4.2 Vom Zeitpunkt der Umstellung an ist der für die Vollschutzdeckung jeweils vereinbarte Versicherungsbeitrag zu zahlen. Dies gilt auch, sofern die Umstellung aufgrund Ziff. 32.4.1 Satz 1 erfolgt und die Fremdversicherungsverträge von Ihnen nicht gekündigt worden sind.

33 Was ist das Innovationsversprechen?

Werden die Versicherungsbedingungen, Deckungskonzepte und Versicherungsleistungen der Zurich zum Vorteil des Versicherungsnehmers weiter- oder neuentwickelt, so kann der Versicherungsnehmer die Schadenregulierung nach den neuen Bedingungen der Zurich verlangen.

Dies gilt nicht bei Versicherungsbedingungen mit separatem Beitragszuschlag oder soweit dem Versicherungsnehmer eine Umstellung gegen Beitragszuschlag angeboten wurde und diese von ihm abgelehnt wurde.

Die Entschädigungsleistung ist in jedem Fall auf die für diese laufende Versicherung vereinbarten Gesamtversicherungssummen und Kosten begrenzt.

34 Wann kann es zu einer Beitragsanpassung kommen?

Der Beitrag ist unter Berücksichtigung des erwarteten Schadenaufwands, der Kosten für Vertrieb, Verwaltung und Rückversicherung sowie des Gewinnansatzes kalkuliert.

Wir sind berechtigt und verpflichtet, den Beitrag sowie die festen Beitragszuschläge für bestehende Verträge jährlich, jeweils zum Stichtag 01.07., neu zu kalkulieren. Die Neukalkulation erfolgt nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik. Wir gehen dabei wie folgt vor:

Die Unfallversicherungsverträge, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, fassen wir zusammen. Die Neukalkulation erfolgt auf Grundlage der in Absatz 1 dargestellten Grundsätze und berücksichtigt die Schaden- und Kostenentwicklung in der Vergangenheit sowie die voraussichtliche Schaden- und Kostenentwicklung bis zum Ende des Kalenderjahrs, welches dem Jahr der Neukalkulation folgt.

Individuell vereinbarte Zuschläge oder Nachlässe bleiben von der Neukalkulation unberührt. Ebenso bleibt eine Erhöhung des Gewinnansatzes außer Betracht.

Ergibt die Neukalkulation einen höheren Beitrag, sind wir berechtigt, den Beitrag entsprechend um den Differenzbetrag zu erhöhen. Ergibt die Neukalkulation einen geringeren Beitrag, sind wir verpflichtet, den Beitrag entsprechend um den Differenzbetrag zu senken.

Wir passen den Beitrag nur an, wenn die Neukalkulation zu einer Beitragsanpassung von mindestens 3 % führt (Erhöhung oder Absenkung).

Nicht genutzte Anpassungsbeträge tragen wir vor und berücksichtigen sie bei einer späteren Anpassung.

Sofern im Versicherungsjahr eine Anpassung des Beitrags aufgrund des Alters (Ziff. 6.2) erfolgt, gilt: Wir ermitteln nur Veränderungen des Schadenbedarfs, die nicht bereits über Ziffer 6.2 berücksichtigt wurden.

Die Anpassung unterbleibt, wenn seit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn weniger als zwölf Monate vergangen sind. Beitragserhöhungen, die sich aus der Neukalkulation ergeben, werden Ihnen mit der Beitragsrechnung bekannt gegeben. Beitragssenkungen gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Die sich aus der Neukalkulation ergebenden Beitragsänderungen gelten mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Anpassung.

35 Was ist zu beachten, wenn mehrere Unfallversicherungen parallel bestehen?

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland weitere Unfallversicherungsverträge, entweder als versicherte Person eines privaten Unfallvertrages oder als versicherte Person im Rahmen eines Gruppenunfallvertrages, und kann für ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallschadensereignis auch ein solcher weiterer Vertrag in Anspruch genommen werden, so gilt für die versicherte Person eine Höchstentschädigung der folgenden Leistungsarten für alle Verträge zusammen

- Invalidität in Höhe von 3.000.000 EUR insgesamt
- Todesfallleistung in Höhe von 600.000 EUR insgesamt
- Unfall-Rente in Höhe von 5.000 EUR monatlich insgesamt

36 Welche Möglichkeit der Selbstbeteiligung gibt es? (Integralfranchise)

Sofern die Integralfranchise vereinbart ist, gilt:

Bei einem versicherten Unfallereignis, welches zu einer Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1 unter Berücksichtigung von Ziff. 3 führt, besteht kein Anspruch auf diese Invaliditätsleistung, wenn der Invaliditätsgrad 25 % oder weniger beträgt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch auf die Invaliditätsleistung in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

37 Welche zusätzlichen Leistungen können vereinbart werden?

37.1 Assistenzleistungen

Der Versicherungsschutz dieser Ziffer kann unabhängig von anderen vereinbarten Leistungsarten von den Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen von Ziff. 12 selbstständig gekündigt werden.

Erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. dieser Ziffer begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrem Unfallversicherungsvertrag. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

Soweit für erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. ein anderer Ersatzpflichtiger – insbesondere eine Kranken- oder Pflegeversicherung – eintrittspflichtig ist, sind die uns entstandenen Kosten entsprechend voll oder anteilig zurückzuzahlen. Etwa erforderliche Anträge zur Bewirkung von Leistungen sind von Ihnen oder der versicherten Person bei den anderweitig Ersatzpflichtigen zu stellen und uns auf Verlangen nachzuweisen. Die von einem anderweitig Ersatzpflichtigen erbrachten Leistungen sind ebenfalls entsprechend darzulegen und nachzuweisen.

Die in Abschnitt C. festgelegten Höchstbeträge beinhalten die gesetzliche Mehrwertsteuer und werden nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

A. Informationsleistungen

Die nachfolgenden Informationsleistungen werden auf Ihren Wunsch unabhängig von einem Unfallereignis erbracht.

(1) Zusendung von Formularen

Der versicherten Person werden eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zugesandt.

(2) Informationen zu Wellness- und Gesundheitsreisen

Der versicherten Person werden spezielle Wellness-Reiseveranstalter und Wellness-Hotels sowie Reiseveranstalter von Gesundheitsreisen benannt. Bei Bedarf erfolgt die Zusendung einer Auflistung mit Reiseveranstaltern und Hotels per Post oder per E-Mail.

(3) Informationen zu Ernährung und Sportvereinen

Der versicherten Person wird eine Auflistung mit Tipps zur gesunden Ernährung per Post oder E-Mail zugesandt. Diese Leistung beinhaltet keine Ernährungsberatung. Zusätzlich werden Sportvereine in der Region oder in der Nähe des Wohnortes benannt und bei Bedarf eine Auflistung per Post oder E-Mail versandt.

(4) Reiseinformationsleistungen

Die versicherte Person erhält folgende Informationen:

- Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen
- Informationen über Ein- und Durchreise, Visabestimmungen
- Informationen über Devisenbestimmungen, Währungen
- Informationen über Fremdenverkehrsämter
- Nennung von Reisebüros
- Informationen über diplomatische und konsularische Vertretungen

(5) Informationen zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke

Die versicherte Person erhält eine Zusammenstellung von frei verkäuflichen Medikamenten für eine Reiseapotheke. Die Leistung beinhaltet keine medizinische Beratung zu den Medikamenten.

(6) Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/KFZ

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des KFZ vermittelt.

(7) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Der versicherten Person werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl etc. vermittelt. Eine Kostenerstattung erfolgt nicht.

(8) Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 bis 20:00 Uhr steht der versicherten Person unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information und Rücksprache über medizinische Fragen zur Verfügung. Das medizinische Fachpersonal berät sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Information über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention
- Erläuterung von Therapiealternativen
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten etc. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken etc.

Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosstellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf etc. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

B. Hilfeleistungen im Inland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

- (a)** Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.
- (b)** Für Personen ab Vollendung des 70. Lebensjahres gilt: Die Hilfeleistungen im Inland können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs/Behandlung wegen folgender – nicht unfallbedingter – Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden (ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen): Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass-Operation sowie Oberschenkelhalsbruch aufgrund Osteoporose.
- (c)** Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

- (d)** In Einzelfällen können die Hilfeleistungen von einem Verwandten oder einer anderen nahestehenden Person erbracht werden. In diesen Fällen können wir einen pauschalen Betrag pro Stunde erstatten, der – je nach Leistungsart – von uns festgelegt wird. Die Hilfeleistungen müssen entsprechend nachgewiesen werden, ein Rechtsanspruch entsteht hierdurch nicht.

Solche Personen sind direkt von Ihnen oder der versicherten Person und nicht von uns beauftragt. Wir sind daher in diesen Fällen von jeder Haftung für die Tätigkeit der nicht von uns beauftragten Person befreit.

Eine Privaterstattung ist grundsätzlich nicht möglich für folgende Leistungen: Grundpflege, Verhinderungspflege sowie Tag- und Nachtwache.
Die in den nachfolgend unter „Leistungsumfang“ in den jeweiligen Ziffern jeweils aufgeführten Höchstsätze bilden dabei die Obergrenze für eine Erstattung.

Leistungsumfang

(1) Installation einer Hausnotrufanlage

In der Wohnung/in dem Haus der versicherten Person wird die Installation einer Hausnotrufanlage organisiert, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist. Dieser leitet bei Bedarf notwendige Hilfsmaßnahmen (z. B. Pflegepersonal anfordern, Krankentransport veranlassen, Feuerwehr oder Polizei verständigen, Hausarzt benachrichtigen, Information der Angehörigen) ein. Die Einrichtung der Hausnotrufanlage erfolgt durch den Dienstleister.

Die Kosten für die Erstinstallation sowie die für die Dauer des Leistungszeitraumes anfallenden laufenden Kosten werden übernommen.

(2) Menüservice

Die leistungsberechtigten Personen erhalten nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden.

Leistungsberechtigte Personen sind die versicherte Person und in deren Haushalt lebende Familienmitglieder, die die versicherte Person im Inland üblicherweise versorgt (keine Wohngemeinschaft). Dazu zählen Ehe- oder Lebenspartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Kinder- und/oder Enkelkinder.

(3) Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche mindestens zwei Stunden werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, z. B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, tragen Sie bzw. die versicherte Person.

(4) Begleitung/Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt unumgänglich ist, dorthin gebracht, wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Termins/Besuchs begleitet.

(5) Reinigung der Wohnung

Einmal in der Woche wird mindestens zwei Stunden innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

(6) Pflanzenpflege

Mit der Reinigung der Wohnung (Abschnitt B. (5)) werden bei Bedarf auch die im Wohnraum sowie auf Balkon oder Terrasse befindlichen Pflanzen gegossen.

(7) Reinigung des Treppenhauses und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern

Sofern erforderlich, organisieren wir die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Treppenhaus, Waschraum etc.) sowie des Treppenhauses bei Gemeinschaftseigentum oder des gemieteten Wohnraums, soweit die versicherte Person hierzu verpflichtet ist.

(8) Versorgung der Wäsche

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person bis zu einer Dauer von drei Stunden gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

(9) Fahrdienst zur Krankengymnastik/-therapie

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person zur Krankengymnastik/-therapie gebracht und wieder abgeholt.

(10) Organisation einer Haustierbetreuung

Der versicherten Person wird die Betreuung ihrer Haustiere bis zu siebenmal in der Woche organisiert und die Kosten hierfür werden übernommen. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

(11) Gartenpflege

Wir organisieren die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Gartenpflege am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die Kosten hierfür. Hierzu zählen u.a. die Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen sowie Mähen des Rasens.

(12) Kinderbetreuung

Sollte aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von max. 48 Stunden organisiert und die Kosten für diesen Zeitraum übernommen.

Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr z. B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereiten der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar so lange, bis sie anderweitig, z. B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.

C. Hilfeleistungen im Ausland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

- (a) Erleidet die versicherte Person im Ausland (als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes innerhalb der EU/EWR, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat) einen Unfall nach Ziff. 1, organisieren wir die im nachfolgenden Leistungsumfang beschriebenen Leistungen und übernehmen die Kosten, sofern die Organisation durch einen von uns beauftragten Dienstleister erfolgt und es die Besonderheiten des jeweiligen Landes zulassen.

Leistungseinschränkung

- (b) Haben Sie oder die versicherte Person sich aufgrund unserer Leistung Kosten erspart, die Sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, können wir unsere Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen.
- (c) Haben Sie oder die versicherte Person aufgrund desselben Schadenfalles neben den Ansprüchen auf Leistungen durch uns auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, kann insgesamt keine Entschädigung verlangt werden, die den Gesamtschaden übersteigt.
- (d) Soweit im Schadenfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie ihn an uns, werden wir im Rahmen der Hilfeleistungen mit Kostenübernahme bei Auslandsreisen in Vorleistung treten.

Leistungsumfang

(1) Vermittlung ärztlicher Betreuung

Nach einem Unfall auf einer Reise im Ausland informieren wir die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

(2) Arzneimittelversand

Ist die versicherte Person auf einer Reise im Ausland zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, sorgen wir nach Abstimmung mit dem Hausarzt für die Zusendung des Arzneimittels und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen. Entstehende Kosten für eine eventuell notwendige Abholung des Arzneimittels sowie dessen Verzollung werden erstattet.

(3) Krankenrücktransport

Muss die versicherte Person auf einer Reise an ihren ständigen Wohnsitz zurücktransportiert werden, sorgen wir für die Durchführung des Rücktransportes und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Art und Zeitpunkt des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig sein. Unsere Leistung erstreckt sich auch auf die Begleitung des Erkrankten durch einen Arzt oder Sanitäter, wenn diese behördlich vorgeschrieben ist.

(4) Kosten für Krankenbesuch

Muss sich die versicherte Person auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, zahlen wir die Fahrt- und Übernachtungskosten für Besuche durch eine nahestehende Person bis zur Höhe von 600 EUR.

(5) Rückholung von mitreisenden Kindern

Können mitreisende angehörige Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Erkrankung der versicherten Person weder von dieser noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für deren Abholung und Rückfahrt mit einer Begleitperson zu ihrem ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch entstehenden Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse oder Flug ab 1.000 km Entfernung.

(6) Hilfe im Todesfall

Stirbt die versicherte Person auf einer Reise im Ausland, sorgen wir nach Abstimmung mit den Angehörigen für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung an ihren ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch jeweils entstehenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR.

(7) Hilfeleistung in besonderen Notfällen

Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland in eine besondere Notlage, die im Abschnitt C. (1) bis (6) nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, werden die erforderlichen Maßnahmen veranlasst und die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 300 EUR je Schadenfall übernommen. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

D. Pflegeleistungen

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

- (a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Pflegebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Pflegebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.
- (b) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Pflegeleistung richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Pflegeleistungen werden für die Dauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland am Ort des Haushaltes erbracht, längstens jedoch für zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

Leistungsumfang

(1) Tägliche Grundpflege

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrads 2 nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege einschließlich Teilwaschung (dazu zählen Waschen, z. B. des Intimbereichs; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege) oder Ganzwaschung (dazu zählen Waschen, Duschen und Baden; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege), Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird täglich mindestens 45 Minuten erbracht.

(2) Verhinderungspflege

Ist die versicherte Person aufgrund des Unfalls nicht mehr in der Lage, eine im Haushalt lebende pflegebedürftige Person zu betreuen, organisieren wir einmalig je Unfallereignis eine Kurzzeitpflege.

Die Kosten hierfür werden üblicherweise von der Pflegeversicherung übernommen. Wir übernehmen die Kosten für den Fall, dass die Pflegeversicherung hierfür nicht aufkommt.

(3) Pflegeberatung

Stehen der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu, so werden Sie, die versicherte Person oder deren Angehörige telefonisch beraten durch pflegeerfahrene Ärzte oder pflegeerfahrene medizinische Fachkräfte zu folgenden Themen:

- über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegeversicherung und das entsprechende Antragsverfahren
- Beratung zu Pflegeeinstufung inkl. Widerspruchsverfahren
- Beratungen zu Leistungen der Krankenversicherung, z. B. auch zur Hilfsmittelversorgung bzw. Maßnahmen der Rehabilitation gemäß SGB V

- Medizinische Informationen zu alterstypischen Krankheitsbildern
- Leistungen der Pflegeversicherung (Sach- und Geldleistungen), Beratung nach SGB XI
- Beratung zu Pflegehilfsmitteln (keine Kostenzusagen im Rahmen der Pflegeversicherung) sowie zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements: Abklärung der aktuellen Situation und des Bedarfs nach Entlassung; dies umfasst die Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung in ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären Pflege, Organisation/Koordination von Hilfsmitteln, Essen auf Rädern, Fahrdienst etc., Informationen/Beratung zu Kostenträgern im Pflegebereich (z. B. Pflegeversicherung), Informationen zu und Benennung von therapeutischen Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten
- Beratung zu Finanzierung von Pflegeleistungen und Pflegeheimplätzen, allgemeine Beratung laut SGB.

(4) Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (max. zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege geschult.

Die Schulung wird einmal durchgeführt. Die Kosten für die Schulung sind auf 100 EUR begrenzt.

(5) Tag- und Nachtwache

Keht die versicherte Person nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurück und muss sie aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird einmalig für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

(6) Benennung eines Pflegedienstes

Der versicherten Person wird ein Pflegedienst in ihrer Region oder in der Nähe ihres Wohnortes benannt. Sind mehrere Pflegedienste in der Nähe verfügbar, werden mehrere benannt.

(7) 24 Stunden Pflegeplatzgarantie

Wir garantieren bei Bedarf eine Unterbringung der versicherten Person oder einer in deren Haushalt lebenden Person in einer stationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt. Anschließend unterstützen wir Sie, falls erforderlich, bei der Suche nach einem langfristig gewünschten und geeigneten Pflegeplatz.

E. Reha-Manager

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

- (a) Die Leistungen werden auf Basis der individuellen Bedürfnisse der versicherten Person für einen Zeitraum von drei Jahren für Erwachsene und fünf Jahre für Kinder, gerechnet vom Unfalltag an, ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Rehabilitation und den notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich erbracht.
- (b) Der Reha-Manager hilft Ihnen nach einem Unfall (auf Basis der individuellen Bedürfnisse des Patienten oder Versicherten bei ihrer Rehabilitation und notwendigen Veränderungen) im beruflichen und privaten Bereich. In Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern werden Maßnahmen geplant und umgesetzt. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern. Er berät auch bei Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen auf Basis der Leistungen aus der Unfallversicherung und Leistungen anderer Stellen (z. B. Sozialversicherungsträger und Behörden). Die Entscheidung über die Verwendung der Leistungen trifft aber ausschließlich der Versicherte. Rechtsberatung oder -vertretung wird in keinem Falle geleistet.

- (c) Im Schadenfall ermitteln wir Ihren konkreten unfallbedingten Bedarf für die einzelnen Hilfeleistungen, unterstützen Sie durch Informationen und weisen einen oder mehrere entsprechende Leistungserbringer nach, deren Einschaltung wir, soweit nachstehend vereinbart, für Sie organisieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten. Die Auswahl, Beauftragung und Bezahlung der Leistungserbringer obliegt ausschließlich der versicherten Person. Alle Kosten für die Dienstleistung werden ausschließlich von der versicherten Person getragen.

Leistungsumfang

Die Aufgaben des Reha-Managers umfassen folgende Unterstützungsleistungen:

(1) Informationsdienstleistungen

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir Sie mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Angaben zur Erreichbarkeit von

- Rehabilitationsberatern,
- Behindertentransport-Möglichkeiten,
- Selbsthilfegruppen,
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnung und KFZ,
- Verbänden und Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen),
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim, oder von/an den eigenen Wohnsitz,
- praktischen Ärzten in Wohnortnähe,
- Fachärzten,
- Gartenhelfern,
- Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern,
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause).

(2) Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen medizinischen/pflegerischen Bedarfs,
- Hilfe bei der Organisation eines stationären Aufenthaltes,
- Hilfe bei der Organisation einer Reha-Maßnahme,
- Benennung einer psychologischen Betreuung,
- Organisation des Transportes zu stationärer Behandlung oder ambulanter Rehabilitation,
- Bei Bedarf Organisation der Einholung ärztlicher Zweitmeinung durch Benennung eines Arztes/Gutachters,
- Unterstützung bei der Organisation von Heil- und Hilfsmitteln,
- Organisation eines Begleitservice zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim.

(3) Berufliche Rehabilitation

- (a) Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zumindest zu 50 % außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

- (b) Unter bisheriger Lebensstellung ist die finanzielle und soziale Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.
- (c) Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.
- (d) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

Leistungsumfang

Unterstützung durch Informationen und Vermittlung des Kontaktes zu Personal- und Berufsberatern bei

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann,
- der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten,
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern sowie Schulen nach Analyse vom Personalberater,
- der geeigneten Arbeitsplatzsuche.

(4) Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Spezialisierten Kindergärten,
- Spezialisierten Schulen,
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,
- Organisation von Elternbegleitung,
- Nachhilfe zu Hause,
- Tagesmüttern,
- Kinderkrankenschwestern.

(5) Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Rehabilitationsberatern,
- Verbänden,
- Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen (Beispiele siehe Abschnitt E. (1)),
- Behörden,
- Therapieberatern und Therapiezentren,
- Psychologen, psychologischen Zentren,
- Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten,
- Transportunternehmen und Organisation von Transporten nach Bedarf und Anforderung (max. drei Angebote je Anfrage),
- Umbau der Wohnung/KFZ: Organisation der Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten,
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Unternehmen wie z. B. Architekten, Baufirmen, Werkstätten, Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes,
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen durch allgemeine Informationen oder den Nachweis von Beratern.

Fassung 04.2024

Jede dieser Klauseln ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn sie im Versicherungsschein, in dessen Nachträgen bzw. im Deckungskonzept ausdrücklich als vereinbart aufgeführt ist.

Inhaltsverzeichnis

Unfallbegriff

AU091-01 Unfreiwillige
Gesundheitsschädigungen durch
Ertrinken, Erstickten oder
Erfrieren

AU099-01 Führen von
zulassungspflichtigen
Zweirädern, Trikes und Quads

**Erweiterter Versicherungsschutz zu
ausgeschlossenen Gesundheitsschäden**

AU092-01 Nahrungsmittelvergiftungen

AU036-02 Psychische Reaktionen

Erweiterungen zur Invaliditätsleistung

AU004-02 Verbesserte Gliedertaxe

Weitere Leistungen

AU016-02 Sofortleistung bei Knochenbruch

AU088-01 Sofortleistung bei
Oberschenkelhalsbruch

AU086-01 Kurgeld

Erstattung von Kosten

AU082-01 Kosten für eine Behandlung in
einer Dekompressionskammer

AU084-01 Kosten für medizinische
Hilfsmittel

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Unfällen

AU030-02 Unfall infolge von
Bewusstseinsstörungen durch
Schlaganfall oder
Herzinfarkt

AU095-01 Unfall infolge von
Bewusstseinsstörungen durch
Alkoholkonsum

AU096-01 Unfall infolge von
Bewusstseinsstörungen durch
Übermüdung, Einschlafen,
Sekundenschlaf oder
Erschrecken

AU097-01 Unfall infolge von
Bewusstseinsstörungen durch
verordnete Medikamente

AU098-01 Unfall infolge von
Bewusstseinsstörungen durch
K.O.-Tropfen

AU089-01 Innere Unruhen

Unfallbegriff

AU091-01 Unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren

Abweichend von Ziff. 1.4.3 AUB gelten auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren versichert.

Erweiterungen zur Invaliditätsleistung

AU004-02 Verbesserte Gliedertaxe

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt abgeändert und ergänzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

- Arm einschließlich Schultergelenk oder Hand einschließlich Handgelenk 70 %
- Daumen 25 %
- Zeigefinger 16 %
- anderer Finger 10 %
- Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand 70 %
- Bein einschließlich Hüftgelenk oder Fuß einschließlich Fußgelenk 70 %
- große Zehe 8 %
- andere Zehe 3 %
- Auge 60 %
- Gehör auf einem Ohr 35 %

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

Weitere Leistungen

AU016-02 Sofortleistung bei Knochenbruch

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine der nachfolgend genannten Verletzungen und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes bei uns geltend:

- Bruch eines Knochens (vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung), Grünholzfrakturen erfüllen den Begriff der vollständigen Zusammenhangstrennung ebenfalls.
- Vollständige Zerreißung eines Muskels, eines Muskelbündels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Knochenbruch wird in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme gezahlt. Auch wenn eine oder mehrere Voraussetzungen nach Ziff. 1 dieser Klausel mehrfach oder gleichzeitig vorliegen, wird die Leistung nur einfach gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU088-01 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, zu dessen Behandlung sie sich in medizinisch notwendige stationäre und/oder ambulante Heilbehandlung begibt.

Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals oder der Oberschenkelkopf gebrochen ist. Der Oberschenkelhalsbruch muss nicht aus einem Unfallereignis gemäß Ziff. 1.3 AUB resultieren. Ziff. 5.2.3 AUB bleibt unberührt.

Der Anspruch auf die Sofortleistung muss spätestens zwölf Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt prozentual von der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Es gelten die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsätze und maximalen Leistungen.

Mit dieser Zahlung ist auch eine Refraktur abgegolten, sofern sie innerhalb eines Jahres an der gleichen Stelle auftritt.

Die Sofortleistung rechnen wir auf eine eventuell zu erbringende Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 AUB an.

Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn die versicherte Person stirbt, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht wurde.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU086-01 Kurgeld

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Für Rehabilitationsmaßnahmen wird kein Kurgeld bezahlt.

2. Art und Höhe der Leistung

Das Kurgeld wird, für jeden Unfall nur einmal, in Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

Erstattung von Kosten

AU082-01 Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorgangs eine tauchtypische Schädigung der Gesundheit nach Ziff. 1.4.2 AUB erlitten, so übernehmen wir die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer, sofern die Kosten nicht von einem Dritten übernommen werden.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

AU084-01 Kosten für medizinische Hilfsmittel

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankentransportstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages ersetzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Unfällen

AU030-02 Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch Schlaganfall oder Herzinfarkt

In Abänderung von Ziff. 5.1.1 AUB sind auch Unfälle der versicherten Person infolge einer Bewusstseinsstörung durch einen Schlaganfall oder Herzinfarkt mitversichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Schlaganfall oder Herzinfarkt selbst verursacht wurden.

AU095-01 Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum

Abweichend von Ziff. 5.1.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen die durch Alkoholkonsum verursacht sind, wenn der Blutalkoholgehalt beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank gewesen ist.

AU096-01 Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung, Einschlafen, Sekundenschlaf oder Erschrecken

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Übermüdung, durch Einschlafen infolge einer Übermüdung, Sekundenschlaf oder Erschrecken.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle, sofern die Übermüdung, das Einschlafen infolge einer Übermüdung oder der Sekundenschlaf

- durch Alkoholeinfluss oder
- die Einnahme von Schlafmitteln oder
- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurde.

AU097-01 Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch verordnete Medikamente

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht sind.

AU098-01 Unfall infolge von Bewusstseinsstörungen durch K.O.-Tropfen

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen).

AU089-01 Innere Unruhen

Abweichend von Ziff. 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen.

Voraussetzung:

Die versicherte Person hat

- an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen oder
- sich zwar aktiv beteiligt, war jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

AU099-01 Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads

Abweichend von Ziff. 5.1.7 AUB besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle der versicherten Person durch das Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads.

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Gesundheitsschäden

AU092-01 Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziff. 5.2.5 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen unabhängig vom Alter der versicherten Person.

AU036-02 Psychische Reaktionen

Zu Ziff. 5.2.6 AUB gilt ergänzend vereinbart:

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Klauseln für die PrivatSchutz Unfallversicherung

(AUB KL Top-2024)

Fassung 04.2024

Jede dieser Klauseln ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn sie im Versicherungsschein, in dessen Nachträgen bzw. im Deckungskonzept ausdrücklich als vereinbart aufgeführt ist.
Sofern der Baustein "Premium" vereinbart ist, gelten ergänzend die über das Deckungskonzept "Top" hinausgehenden Versicherungsleistungen.

Inhaltsverzeichnis

Erweiterter Unfallbegriff		3	AU015-02	Sofortleistung bei Schwerverletzungen	5
AU053-01	Eigenbewegung	3	AU016-02	Sofortleistung bei Knochenbruch	6
AU001-02	Erhöhte Kraftanstrengung	3	AU017-02	Sofortleistung bei Raubüberfall und Geiselnahme	6
AU002-02	Sonstige schädliche Mittel	3	AU018-02	Sofortleistung bei unfallbedingter Fehlgeburt	6
AU077-01	Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug	3	AU088-01	Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres	6
AU078-01	Sonnenbrand oder Sonnenstich	3			
AU091-01	Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren	3	AU014-01	Tagegeld mit Karenzzeit	6
Erweiterungen zur Invaliditätsleistung		3	AU047-01	Tagegeld mit rückwirkendem Wegfall der Karenzzeit	7
AU039-01	Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades	3	AU021-02	Verdoppelung der Invaliditätsleistung für Kinder bis 18 Jahren von Eigentümern von Privatimmobilien	7
AU004-03	Verbesserte Gliedertaxe	3	AU022-02	Erhöhte Invaliditätsgrundsumme beim Tragen eines Schutzhelmes	7
AU080-03	Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte	3			
AU073-03	Progressive Invaliditätsstaffel 1.000 %	4	AU005-01	Tunnel-, Fahr- und ÖPNV-Unfälle	7
Erweiterungen zur Todesfalleistung		4	AU086-01	Kurgeld	7
AU023-02	Doppelte Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile	4	AU019-02	Komageld	7
AU069-02	Todesfalleistung bei Verschollenheit	4	AU026-02	Schulenausfallgeld	8
AU090-01	Unfalltod infolge von Bewusstseinsstörungen	4	AU020-02	Ersatz von Darlehenszinsen für Eigentümer von Privatimmobilien	8
AU094-01	Erweiterte Eintrittsfrist im Todesfall	4	AU074-02	Psychologische Therapie oder Selbstverteidigungskurs	8
Erweiterungen zum Krankenhaustagegeld		4	AU085-01	Kosten für medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen	8
AU008-01	Krankenhaustagegeld bei Notfalleinweisung in Nicht- Akut-Häuser und bei Entfernung von Osteosynthesematerial	4	AU083-01	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 % Invalidität	9
AU009-01	Krankenhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik	4	Erstattung von Kosten		9
AU010-02	Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland	4	AU075-02	Kosten für die Betreuung von Kindern	9
AU024-02	Doppeltes Krankenhaustagegeld für Kinder	5	AU025-02	Kosten für eine Haushaltshilfe	9
Weitere Leistungen		5	AU068-01	Kosten für den Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim für versicherte Personen ab dem 50. Lebensjahr	10
AU006-01	Vorableistungsanspruch	5	AU079-02	Kosten für den Ersatz von Zahnspangen	10
AU013-01	Verbesserte Übergangsleistung	5	AU082-01	Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer	10

AU084-01	Kosten für medizinische Hilfsmittel	10
AU028-02	Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Ausland	10
AU012-03	Kosten für kosmetische Operationen	10

Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen 11

AU081-04	Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	11
----------	--	----

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Unfällen 11

AU030-02	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch einen Schlaganfall oder Herzinfarkt	11
AU095-01	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum	11
AU096-01	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung, Einschlafen, Sekundenschlaf oder Erschrecken	11
AU097-01	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme von verordneten Medikamenten	11
AU098-01	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch K.O.-Tropfen	11
AU100-01	Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Krampfanfälle	11
AU089-01	Innere Unruhen	11
AU099-01	Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads	11

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Gesundheitsschäden 11

AU033-01	Pedi-, Maniküre sowie Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut	11
AU076-01	Vergiftungen durch die Einnahme schädlicher Stoffe	11
AU092-01	Nahrungsmittelvergiftungen	11
AU036-02	Psychische Reaktionen	11

Sonstige Erweiterungen 12

AU037-01	Änderung der Berufstätigkeit	12
AU038-01	Attestkosten und Einkommensausfall bei Selbstständigen in Zusammenhang mit von uns veranlassten ärztlichen Untersuchungen	12
AU040-01	Beitragsfreie Fortführung der Kinderunfallversicherung	12

Erweiterter Unfallbegriff

AU053-01 Eigenbewegung

Ziff. 1.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden,
- Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
- Knochenbrüche entstehen.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.

AU001-02 Erhöhte Kraftanstrengung

In Erweiterung zu Ziff. 1.4.1 gilt als Unfall auch, wenn sich die versicherte Person an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- Menisken zerrt oder zerreißt;
- Knochenbrüche oder einen sonstigen Schaden zuzieht;
- eine Bandscheibenschädigung zuzieht, sofern keine Vorschädigung oder Degeneration der Bandscheiben vorliegt.

Bauch- und Unterleibsbrüche, die sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung zuzieht, sind ebenfalls versichert.

AU002-02 Sonstige schädliche Mittel

In Erweiterung von Ziff. 1.4.6 AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch die allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen oder sonstigen schädlichen Mitteln (z.B. Säuren oder Staubwolken) als mitversichert.

AU077-01 Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

Ziff. 1.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gilt auch der unfreiwillig erlittene Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

AU078-01 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Ziff. 1.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

AU091-01 Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren

Abweichend von Ziff. 1.4.3 AUB gelten auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren versichert.

Erweiterungen zur Invaliditätsleistung

AU039-01 Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades

In Abänderung von Ziff. 2.1.2.2 und 2.2.4 AUB gilt:

Der Grad der unfallbedingten Invalidität kann gemäß Ziff. 9.4 AUB auf

- Ihren oder unseren Wunsch jährlich,
- für uns längstens bis zu zwei Jahren,
- für Sie längstens bis zu drei Jahren

nach Eintritt des Unfalles erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern, die zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, gilt für die Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren.

AU004-03 Verbesserte Gliedertaxe

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt abgeändert und ergänzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

- Arm einschließlich Schultergelenk 80 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenkes 76 %
- Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenkes 72 %
- Hand einschließlich Handgelenk 70 %
- Daumen 25 %
- Zeigefinger 16 %
- anderer Finger 10 %
- Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand 70 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 76 %
- Bein bis unterhalb des Knies 74 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 72 %
- Fuß einschließlich Fußgelenk 70 %
- große Zehe 15 %
- andere Zehe 8 %
- Auge 60 %
- Verbesserte Leistung bei beidseitigem Sehkraftverlust (sofern ein Auge bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war) 100 %
- Gehör auf einem Ohr 40 %
- Verbesserte Leistung bei beidseitigem Gehörverlust (sofern das Gehör auf einem Ohr bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war) 60 %
- Geruchssinn 20 %
- Geschmackssinn 10 %
- vollständiger Stimmverlust 100 %
- Gallenblase 10 %
- Magen 20 %
- ein Lungenflügel 50 %
- Milz 10 %
- Niere:
 - 25 % bei Erhaltung der anderen Niere
 - 75 % sofern eine Niere bereits vor dem Versicherungsfall fehlte
 - 100 % bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch denselben Unfall

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

AU080-03 Verbesserte Gliedertaxe für Ärzte

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt abgeändert und ergänzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

- Arm einschließlich Schultergelenk oder Hand einschließlich Handgelenk 100 %
- Daumen oder Zeigefinger 60 %
- anderer Finger 20 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk 80 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 76 %
- Bein bis unterhalb des Knies 74 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 72 %
- Fuß einschließlich Fußgelenk 70 %
- große Zehe 15 %
- andere Zehe 8 %
- Auge 60 %
- Verbesserte Leistung bei beidseitigem Sehkraftverlust (sofern ein Auge bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war) 100 %
- Gehör auf einem Ohr 40 %
- Verbesserte Leistung bei beidseitigem Gehörverlust (sofern das Gehör auf einem Ohr bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war) 60 %
- Geruchssinn 20 %
- Geschmackssinn 10 %
- vollständiger Stimmverlust 100 %
- Gallenblase 10 %
- Magen 20 %
- ein Lungenflügel 50 %
- Milz 10 %

- Niere:
 - 25 % bei Erhaltung der anderen Niere
 - 75 % sofern eine Niere bereits vor dem Versicherungsfall fehlte
 - 100 % bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch denselben Unfall

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

AU073-03 Progressive Invaliditätsstaffel 1.000 %

Ziff. 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtundfünfzigfache Invaliditätsgrundsumme.

Erweiterungen zur Todesfalleistung

AU023-02 Doppelte Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile

Ziff. 2.3 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Beide versicherten Elternteile werden durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt und in ihrem Haushalt lebt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind, das bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2. Art und Höhe der Leistung

Die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Todesfalleistung beider versicherten Elternteile wird in doppelter Höhe gezahlt. Errechnet sich jedoch unter Berücksichtigung aller Bestimmungen eine Leistung, die mehr als 50.000 EUR beträgt, so werden 50.000 EUR gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU069-02 Todesfalleistung bei Verschollenheit

In Erweiterung zu Ziff. 2.3 AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde und wenn der in der amtlichen Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes in die Wirksamkeit des Vertrages fällt.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- in einem Kriegs- oder Krisengebiet und/oder
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei einer Mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit verschollen ist.

AU090-01 Unfalltod infolge von Bewusstseinsstörungen

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, gilt abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB der Ausschluss von Bewusstseinsstörungen nicht bei unfallbedingtem Eintritt des Todesfalls gemäß Ziff. 2.3 AUB.

Wir erstatten die vereinbarte Todesfallsumme der versicherten Person, maximal jedoch bis zur im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogenkonsum und Suizide.

AU094-01 Erweiterte Eintrittsfrist im Todesfall

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, erweitern wir die Frist nach Ziff. 2.3.1 AUB von einem auf zwei Jahre für den Fall, dass ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1.1 AUB in diesem Zeitraum nicht entstanden ist.

Erweiterungen zum Krankenhaustagegeld

AU008-01 Krankenhaustagegeld bei Notfalleinweisung in Nicht- Akut-Häuser und bei Entfernung von Osteosynthesematerial

Ziff. 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Notfalleinweisung in Nicht-Akut-Häuser

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung in einem Nicht-Akut-Haus, da in der Region keine andere Einrichtung eine vollstationäre Behandlung anbietet oder in diese aufgrund der unfallbedingten Verletzungen keine Verlegung möglich ist, sind abweichend von Ziff. 2.4.1 AUB die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt.

2. Entfernung von Osteosynthesematerial

Abweichend von den Bestimmungen in Ziff. 2.4.2 AUB wird das versicherte Krankenhaustagegeld auch ausbezahlt, wenn ein stationärer Aufenthalt zur Entfernung des unfallbedingt eingebrachten Osteosynthesematerials nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraum erforderlich wird.

AU009-01 Krankenhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik

Ziff. 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Für die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik, die unmittelbar im Anschluss an einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt stattfindet, wird der versicherte Krankenhaustagegeldbetrag für jeden Tag der vollstationären Behandlung in der Rehabilitationsklinik, längstens jedoch für den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraum, gezahlt.

AU010-02 Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

Ziff. 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Die versicherte Person erleidet im Ausland einen Unfall und muss sich in vollstationäre Behandlung begeben.

Für die Dauer des vollstationären Aufenthaltes im Ausland zahlen wir – bis maximal zu dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraum – den doppelten Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

AU024-02 Doppeltes Krankenhaustagegeld für Kinder

Ziff. 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4 AUB entsteht. Sie hat bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und befindet sich mindestens acht Tage lang in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung an einem mehr als 250 km vom ständigen Wohnsitz entfernten Ort.

2. Art und Höhe der Leistung

Das im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Krankenhaustagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt.

Weitere Leistungen

AU006-01 Vorableistungsanspruch

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Ist eine Todesfalleistung gem. Ziff. 2.3 AUB vereinbart, gelten folgende Voraussetzungen für die Vorableistung:

1.1 Nach Ablauf von sechs Wochen seit Eintritt des Unfalls besteht bei der versicherten Person eine Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit.

Diese Beeinträchtigung muss

- unfallbedingt sein,
- voraussichtlich dauerhaft sein,
- ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen mind. 50 % nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2 AUB betragen und
- ununterbrochen bestanden haben.

1.2 Die voraussichtlich dauerhafte unfallbedingte Beeinträchtigung ist uns durch ein schriftliches ärztliches Attest innerhalb von zehn Wochen nach Eintritt des Unfalls nachzuweisen.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Die Höhe der Vorableistung beträgt 25 % der voraussichtlichen Invaliditätsleistung.

2.2 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, braucht uns der die vereinbarte Todesfalleistung übersteigende Anteil der Vorableistung nicht zurückgezahlt zu werden.

2.3 Wird nach Ablauf des Feststellungszeitraumes eine Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1 AUB erbracht, wird die bereits gewährte Vorableistung in voller Höhe mit dieser verrechnet.

Eine Zahlung der Vorableistung bewirkt keine Festlegung des genauen Invaliditätsgrades.

AU013-01 Verbesserte Übergangsleistung

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt für drei Monate, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von vier Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens drei Monaten ausgehen.

1.2 Die versicherte Person ist unfallbedingt für sechs Monate, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten ausgehen.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Sind die Voraussetzungen nach Ziff. 1.1 dieser Klausel erfüllt, zahlen wir die Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme für die verbesserte Übergangsleistung.

2.2 Sind die Voraussetzungen nach Ziff. 1.2. dieser Klausel erfüllt, zahlen wir die andere Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme für die verbesserte Übergangsleistung.

AU015-02 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Schwerverletzung und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens zwölf Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attests bei uns geltend. Bei der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend den Bestimmungen in Ziff. 3 AUB. Schwerverletzungen im Sinne dieser Klausel sind:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion 2. oder 3. Grades) oder Hirnblutung,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
 - Bruch beider Fersenbeine oder
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule, Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs,
- Verbrennungen 2. und 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme gezahlt.

Liegen mehrere Verletzungen im Sinne von Absatz 1 wegen des gleichen Unfalls vor, zahlen wir die Sofortleistung nur einmal. Die Sofortleistung rechnen wir auf eine eventuell zu erbringende Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 AUB an.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU016-02 Sofortleistung bei Knochenbruch

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine der nachfolgend genannten Verletzungen und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attests bei uns geltend:

- Bruch eines Knochens (vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung), Grünholzfrakturen erfüllen den Begriff der vollständigen Zusammenhangstrennung ebenfalls.
- Vollständige Zerreißung eines Muskels, eines Muskelbündels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Knochenbruch wird in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme gezahlt. Auch wenn eine oder mehrere Voraussetzungen nach Ziff. 1 dieser Klausel mehrfach oder gleichzeitig vorliegen, wird die Leistung nur einfach gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU017-02 Sofortleistung bei Raubüberfall und Geiselnahme

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person wird Opfer einer gegen sie gerichteten versuchten oder vollendeten Straftat des Raubes oder der räuberischen Erpressung und/oder einer Geiselnahme, welche bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und dort protokolliert worden sind. Sofern die Tat im Ausland stattgefunden hat, muss die Polizei vor Ort unverzüglich aufgesucht und eine Protokollierung veranlasst werden.

Der Versicherungsschutz im Ausland gilt ausschließlich für Länder, für die zum Zeitpunkt der Einreise keine aktuelle Reisewarnung gemäß des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland besteht.

Die vorgenannten strafbaren Handlungen haben zu einer körperlichen Verletzung geführt, welche durch ein ärztliches Attest zu belegen ist. Sofern sich die Verletzung im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes ereignet hat, muss unverzüglich ein Arzt/Krankenhaus vor Ort aufgesucht werden, um die Verletzung attestieren zu lassen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einmalig die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Versicherungssumme. Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU018-02 Sofortleistung bei unfallbedingter Fehlgeburt

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet während einer durch Mutterpass nachgewiesenen Schwangerschaft nach der 16. Schwangerschaftswoche unfallbedingt eine Fehlgeburt oder einen medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einmalig die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Versicherungssumme. Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU088-01 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, zu dessen Behandlung sie sich in medizinisch notwendige stationäre und/oder ambulante Heilbehandlung begibt.

Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals oder der Oberschenkelkopf gebrochen ist. Der Oberschenkelhalsbruch muss nicht aus einem Unfallereignis gemäß Ziff. 1.3 AUB resultieren. Ziff. 5.2.3 AUB bleibt unberührt.

Der Anspruch auf die Sofortleistung muss spätestens zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attests bei uns geltend gemacht werden.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt prozentual von der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Es gelten die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsätze und maximalen Leistungen.

Mit dieser Zahlung ist auch eine Refraktur abgegolten, sofern sie innerhalb eines Jahres an der gleichen Stelle auftritt.

Die Sofortleistung rechnen wir auf eine eventuell zu erbringende Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1 AUB an.

Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn die versicherte Person stirbt, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht wurde.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU014-01 Tagegeld mit Karenzzeit

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2. Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte 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, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Das Tagegeld wird nach Ablauf einer im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Karenzzeit für die Dauer der ärztlichen Behandlung, frühestens für den ersten Tag nach Ablauf der Karenzzeit, längstens für ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2. Art und Höhe der Leistung

Das tägliche Komageld wird in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für maximal zwölf Wochen ab dem Unfalldatum gezahlt.

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, wird das Komageld für maximal ein Jahr ab dem Unfalldatum bezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU026-02 Schulausfallgeld

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall, durch den sie am Besuch einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung gehindert wird. Sie hat bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und weist den unfallbedingten Schulausfall durch ein schriftliches ärztliches Attest und eine Bescheinigung der Schule nach.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir bezahlen für jeden Abwesenheitstag ein Schulausfallgeld in Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrages.

Zeiten von Ferien, vorübergehender Schulschließung oder sonstige schulfreie Tage gelten nicht als unfallbedingter Schulausfall.

Das Schulausfallgeld wird bei jedem versicherten Unfallereignis, längstens für den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraum, gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die Leistung entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU020-02 Ersatz von Darlehenszinsen für Eigentümer von Privativimmobilien

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt nach Ablauf von sechs Wochen, vom Unfalltag an gerechnet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt. Die Beeinträchtigung wird voraussichtlich länger als ein Jahr bestehen und eine Änderung des Zustandes innerhalb dieser Zeit kann nicht erwartet werden.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Wochen ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen innerhalb von einem Jahr nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend gemacht worden.

1.2 Die versicherte Person ist außerdem Eigentümer einer finanzierten und eigengenutzten Privativimmobilie. Als Privativimmobilien im Sinne dieser Bestimmungen gelten Einfamilienhäuser, Zwei-/Dreifamilienhäuser und Eigentumswohnungen. Dies ist mittels eines Grundbuchauszuges nachzuweisen.

Ist die versicherte Person Teileigentümer, werden die Darlehenszinsen anteilig erstattet.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Ihre durch Bankbestätigung nachgewiesenen, laufend zu zahlenden Zinsen für eine finanzierte, eigengenutzte Privativimmobilie, wenn das Darlehen durch eine auf dem Versicherungsgrundstück lastende Hypothek oder Grundschuld gesichert ist. Die Zahlung erfolgt frühestens für den 43. Tag nach dem Unfall und endet mit dem Tag, an dem eine normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit von weniger als 50 % festgestellt wird, spätestens nach 18 Monaten nach dem Unfall.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

AU074-02 Psychologische Therapie oder Selbstverteidigungskurs

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziff. 1.3 AUB erlitten, der entweder

- zu einer Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich führt, die nach Ablauf von sechs Wochen nach dem Unfallereignis - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen - unfallbedingt noch mehr als 50 % beträgt und innerhalb der sechs Wochen ununterbrochen bestanden hat,
- den unfallbedingten Tod zur Folge hat,
- ein Koma von mindestens vierzehntägiger Dauer verursacht oder
- zu einer Entstellung nach einer missglückten, unfallbedingt erforderlichen, kosmetischen Operation führt.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen oder einer mit Ihnen in dauerhaft häuslicher Gemeinschaft lebenden Person die Kosten für eine medizinisch notwendige, professionelle psychologische Beratung bzw. Therapie bei einem nach dem Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) zugelassenen Therapeuten.

Die angefallenen und nachgewiesenen Kosten für bis zu 25 Sitzungen werden bis zu maximal 1.000 EUR erstattet. Die Therapie muss spätestens drei Monate nach dem Unfall bzw. nach Eintritt der o. g. Leistungsvoraussetzung beginnen. Bei Opfern von Gewaltstraftaten erstatten wir alternativ 50 % der Kosten eines Selbstverteidigungskurses bis zu maximal 1.000 EUR.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU085-01 Kosten für medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat unfallbedingt

- innerhalb von drei Jahren ab dem Unfalltag und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, und ein Dritter (z.B. Krankenkasse) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet.

Diese Voraussetzungen weisen Sie uns durch den ärztlichen Entlassungsbericht und die Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme

- der Deutschen Rentenversicherung oder der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse oder
- des Sozial- oder Versorgungsamts nach.

Wir leisten auch bei ganztägigen ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, wenn die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

Wir leisten nicht bei

- Intensiver Rehabilitations-Nachsorge (IRENA, T-RENA, Funktionstraining und Rehasport),
- Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftlicher Weiterbehandlung (KSR, EAP und BGSW).

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die Kosten anerkannter therapeutischer Anwendungen in Bezug auf unfallbedingte Verletzung der Rehabilitation insgesamt bis zur im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme.

Als Nachweis benötigen wir die Originalrechnungen.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU083-01 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 % Invalidität

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, wird Ziff. 2 AUB wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der nach Ziff. 2.1.1 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.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die erforderlichen und nachgewiesenen Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person,
- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses/der selbst bewohnten Wohnung der versicherten Person oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist,
- Prothesen und Hilfsmittel, die nicht von Ziff. 2.9 der AUB erfasst gelten,

bis zu der im Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme.

Wir leisten diese Hilfe einmalig innerhalb eines Zeitraumes von maximal fünf Jahren nach Eintritt des Unfallereignisses.

Dem behindertengerechten Umbau des selbstgenutzten PKW wird die Neuanschaffung eines behindertengerechten PKW gleichgestellt, sofern dieser zum Transport der durch den Unfall behinderten Person benötigt wird (und/oder ein Umbau des bisherigen PKW nicht möglich war).

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

Erstattung von Kosten

AU075-02 Kosten für die Betreuung von Kindern

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziff. 1.3 AUB erlitten, der entweder

- zu einer Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich führt, die nach Ablauf von sechs Wochen nach dem Unfallereignis – ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen – unfallbedingt noch mehr als 50 % beträgt und innerhalb der sechs Wochen ununterbrochen bestanden hat,
- den unfallbedingten Tod zur Folge hat,
- ein Koma von mindestens vierzehntägiger Dauer verursacht oder
- zu einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 50 Tagen ununterbrochener Dauer führt.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen zusätzlich anfallende Kosten für die Betreuung Ihrer Kinder (leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder – auch die Ihres Lebenspartners). Voraussetzung ist, dass die betroffenen Kinder zum Schadenzeitpunkt mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

Die angefallenen und nachgewiesenen Kosten für die Betreuung Ihrer Kinder werden für bis zu zehn Tagen Betreuung, maximal jedoch bis 1.000 EUR erstattet.

Ein Anspruch besteht nur, sofern die zusätzliche Betreuung in zeitlichem Zusammenhang mit dem Versicherungsfall steht, d. h. innerhalb von einem Monat nach dem Unfall bzw. nach Eintritt der o. g. Leistungsvoraussetzung erforderlich wird.

Ausgenommen von der Erstattung sind jedoch Kinderbetreuungskosten, die auch ohne den Eintritt des Versicherungsfalles angefallen wären (z. B. regelmäßige Kosten für Hort, Kindergarten oder Tagesmutter).

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU025-02 Kosten für eine Haushaltshilfe

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die den Haushalt versorgende versicherte Person (Haushaltsführer) erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4 AUB entsteht und in ihrem Haushalt lebt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind, das bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Dauer und die Notwendigkeit der vollstationären Heilbehandlung wird durch ein schriftliches ärztliches Attest nachgewiesen. Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden schriftlich nachgewiesen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe für den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Leistungszeitraum bis maximal zur Höhe des angegebenen Tageshöchstbetrages.

Bestehen für den Haushaltsführer bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die Kosten für eine Haushaltshilfe nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU068-01 Kosten für den Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim für versicherte Personen ab dem 50. Lebensjahr

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat am Unfalltag das 50. Lebensjahr vollendet und muss nach einem Unfall im Sinne von Ziff. 1 AUB aufgrund der Schwere der Unfallfolgen in ein Senioren- oder Pflegeheim umziehen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die anfallenden Kosten für die Mitnahme/Transport des Hausrates in das Senioren- oder Pflegeheim bis zu einem Betrag, der sich prozentual von der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme errechnet. Es gelten die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsätze und maximalen Leistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU079-02 Kosten für den Ersatz von Zahnsparungen

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Eine über diesen Vertrag versicherte Person, die zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte, erleidet einen Unfall im Sinne von Ziff. 1.3 AUB, wodurch eine bereits vor dem Unfall ordnungsgemäß getragene Zahnsparung beschädigt bzw. zerstört wird.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen die Kosten für die Reparatur oder, wenn eine Reparatur nicht mehr möglich ist, für die Anfertigung einer neuen Zahnsparung bis maximal zu dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrag.

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

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU082-01 Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorgangs eine tauchtypische Schädigung der Gesundheit nach Ziff. 1.4.2 AUB erlitten, so übernehmen wir die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer, sofern die Kosten nicht von einem Dritten übernommen werden.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

AU084-01 Kosten für medizinische Hilfsmittel

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages ersetzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU028-02 Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Ausland

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet im Ausland einen Unfall, durch den sie zu einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung gezwungen ist.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Die versicherte Person hat bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und eine mitreisende Begleitperson bleibt für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes vor Ort.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir bezahlen die nachgewiesenen Kosten für die Unterbringung der Begleitperson für den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Leistungszeitraum bis maximal zur Höhe des angegebenen Tageshöchstbetrages.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU012-03 Kosten für kosmetische Operationen

In Erweiterung von Ziff. 2.10.1 AUB gehören alle natürlichen Zähne, wie auch Implantate, zum äußeren Erscheinungsbild.

Die Leistung ist auf die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme für natürliche Zähne und Implantate begrenzt.

In Abänderung von Ziff. 2.10.1 AUB wird die Frist, innerhalb welcher die kosmetische Operation erfolgen muss, für Erwachsene auf fünf Jahre nach dem Unfalltag verlängert.

Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

AU081-04 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, wird Ziff. 3.2.2 AUB wie folgt erweitert:

Wir verzichten grundsätzlich auf die Berücksichtigung eines Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen.

Sofern allerdings mindestens eine der folgenden Krankheiten an der Gesundheitsschädigung und deren Folgen mitwirkt, verzichten wir auf die Berücksichtigung nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt:

- Diabetes mellitus,
- HIV/Aids,
- Multiple Sklerose,
- Alkoholismus,
- Drogen-/Rauschgiftsucht,
- Parkinson-Syndrom, -Krankheit,
- Morbus Paget (Osteodystrophia deformans),
- Polyneuropathie,
- Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans),
- Knochenkrebs oder -metastasen.

Beträgt der Mitwirkungsanteil bei einer der aufgeführten Krankheiten mindestens 50 %, so gilt Ziff. 3.2.1 AUB entsprechend.

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Unfällen

AU030-02 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch einen Schlaganfall oder Herzinfarkt

In Abänderung von Ziff. 5.1.1 AUB sind auch Unfälle der versicherten Person infolge einer Bewusstseinsstörung durch einen Schlaganfall oder Herzinfarkt mitversichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Schlaganfall oder Herzinfarkt selbst verursacht wurden.

AU095-01 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Alkoholkonsum

Abweichend von Ziff. 5.1.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum verursacht sind, wenn der Blutalkoholgehalt beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank gewesen ist.

AU096-01 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung, Einschlafen, Sekundenschlaf oder Erschrecken

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Übermüdung, durch Einschlafen infolge einer Übermüdung, Sekundenschlaf oder Erschrecken.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle, sofern die Übermüdung, das Einschlafen infolge einer Übermüdung oder der Sekundenschlaf

- durch Alkoholeinfluss oder
- die Einnahme von Schlafmitteln oder
- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurde.

AU097-01 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme von verordneten Medikamenten

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die ordnungsgemäße Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht sind.

AU098-01 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch K.O.-Tropfen

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen).

AU100-01 Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Krampfanfälle

Ist der Baustein "Premium" im Versicherungsschein vereinbart, sind in Abänderung von Ziff. 5.1.1 AUB auch Unfälle der versicherten Person infolge von epileptischen Anfällen oder Krampfanfällen mitversichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch die Krampfanfälle selbst verursacht wurden.

AU089-01 Innere Unruhen

Abweichend von Ziff. 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz für Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen.

Voraussetzung:

Die versicherte Person hat

- an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen oder
- sich zwar aktiv beteiligt, war jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

AU099-01 Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads

Abweichend von Ziff. 5.1.7 AUB besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle der versicherten Person durch das Führen von zulassungspflichtigen Zweirädern, Trikes und Quads.

Erweiterter Versicherungsschutz zu ausgeschlossenen Gesundheitsschäden

AU033-01 Pedi-, Maniküre sowie Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut

In Abänderung von Ziff. 5.2.3 AUB gelten Pedi- oder Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

AU076-01 Vergiftungen durch die Einnahme schädlicher Stoffe

In Abänderung von Ziff. 5.2.5 AUB sind Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe, unabhängig vom Alter der versicherten Person, versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben jedoch Alkoholvergiftungen.

AU092-01 Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziff. 5.2.5 AUB besteht Versicherungsschutz für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen unabhängig vom Alter der versicherten Person.

AU036-02 Psychische Reaktionen

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder

- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Sonstige Erweiterungen

AU037-01 Änderung der Berufstätigkeit

Haben Sie die Anzeige einer Berufsänderung, die nach Ziff. 6.1.2 AUB zu niedrigeren Versicherungssummen führt, irrtümlich unterlassen, gelten diese erst nach Ablauf von zwölf Monaten ab der Berufsänderung.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist jedoch, dass wir für die neue Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewähren.

AU038-01 Attestkosten und Einkommensausfall bei Selbstständigen in Zusammenhang mit von uns veranlassten ärztlichen Untersuchungen

Zu Ziff. 7.3 AUB gilt ergänzend vereinbart:

Wird bei Selbstständigen der Einkommensausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrag.

Diesen Betrag leisten wir je Versicherungsfall nur einmal.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

AU040-01 Beitragsfreie Fortführung der Kinderunfallversicherung

Ziff. 22.2 AUB wird wie folgt erweitert:

Wenn Sie vor Ende des Versicherungsjahres, in dem das/die versicherte(n) Kind(er) das 18. Lebensjahr vollendet(n), einen Unfall erleiden, der zu einer Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 50 % führt und dadurch ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1 AUB entsteht, gilt Folgendes:

Die Versicherung für das/die versicherte(n) Kind(er) wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Mit Ablauf dieses Jahres endet die Versicherung.

Ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung treten die Regelungen der Ziff. 23.1 bis 23.5 AUB (Dynamik) außer Kraft.

Die vorgenannten Bestimmungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages und die in Ziff. 22.2 AUB aufgeführten Bestimmungen gelten in gleicher Weise auch für den Invaliditäts- oder Todesfall Ihres(r) versicherten Ehegatten(in) oder Lebensgefährten(in).