

Inhalt Versicherungsbedingungen

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Unfallversicherung	02
Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB)	03
Besondere Bedingungen für den Versicherungsschutz von Angehörigen - Familienvorsorge	11
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik Modell)	12
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel	13
Leistungsübersicht	14
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Basis-Schutz	16
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Comfort-Schutz	18
Besondere Bedingungen für den Unfallschutz Plus	23

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser unmittelbarer Vertragspartner.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind.

Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u.a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben.

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen vorab einige Begrifflichkeiten kurz erläutern.

Text- und Schriftform

Ist für eine Mitteilung an uns die Textform vorgesehen, sieht das Gesetz vor, dass diese Mitteilung von Ihnen zum Beispiel per Brief oder E-Mail an uns abzugeben ist. Ist hingegen die Schriftform vereinbart, benötigen wir von Ihnen ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

1 Was ist vorläufig versichert?

1.1 Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Versicherungsfall beantragten Leistungen und Versicherungssummen.

1.2 Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir im Versicherungsfall jedoch maximal die dafür geltenden Höchstsummen (siehe Tabelle), auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben.

2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nicht anders vereinbart, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt,
- der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichende Deckung vorhanden sein muss.
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

3.1 Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

3.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

- 3.2.1 der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- 3.2.2 wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
- 3.2.3 Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;

3.2.4 die Antragstellung sechs Monate zurück liegt.

4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt erhebliche Krankheiten oder schwere körperliche Beeinträchtigungen zumindest mitursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Erheblich sind solche Krankheiten oder schwere körperliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Versicherungsvertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Krankheiten oder körperliche Beeinträchtigungen, nach denen wir bei Antragstellung in Textform gefragt haben, gelten im Zweifel als erheblich.

5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag.

6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

6.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung auf den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

6.2 Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

7 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

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

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

Für jede zu versichernde Person gelten folgende Höchstsummen:

	Erwachsene Höchstsumme in EUR	Kinder Höchstsumme in EUR
Krankenhaustage- und Genesungsgeld	120	60
monatliche Unfallrente	1.600	1.600
Vollinvaliditäts-Leistung	600.000	600.000
Todesfall-Leistung	150.000	30.000

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder auch andere Personen sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis:

Das folgende Inhaltsverzeichnis dient lediglich der Übersichtlichkeit. Das Inhaltsverzeichnis ist nicht Bestandteil der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB). Es ist nicht abschließend und ersetzt insbesondere nicht die Kenntnisnahme der einzelnen Bestimmungen unserer AUB.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
- 3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 In welchen Fällen ändert sich der Versicherungsbeitrag?
- 7 Wann sind die Leistungen fällig?

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

- 8 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 9 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages zustoßen.

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Als Unfall gilt auch, wenn

1.4.1 die versicherte Person durch Eigenbewegung oder eine erhöhte Kraftanstrengung

– sich ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt oder

– sich 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.

– Bauch- Unterleibs- oder Knochenbrüche erleidet

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 die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung erleidet durch die Einwirkung ausströmender

– Gase,

– Dämpfe, Dünste oder

– sonstiger schädlicher Mittel (z.B. Stäube, Gifte, Laugen).

10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?

Die Versicherungsdauer

11 Wann beginnt der Versicherungsschutz? Wann endet der Versicherungsvertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

12 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

15 Welches Gericht ist zuständig?

16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?

17 Welches Recht findet Anwendung?

18 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

19 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen unfreiwillig und nicht länger als 7 Tage ausgesetzt war.

Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerbekrankheit) eingetreten ist.

1.4.3 die versicherte Person tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen oder einen Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser erleidet, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.4.4 die versicherte Person durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig einer Kälteeinwirkung ausgesetzt wird, sich dieser aus eigener Kraft nicht entziehen kann und somit Erfrierungen bzw. den Erfrierungstod erleidet.

1.4.5 die versicherte Person bei einer rechtmäßigen Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen bewusst eine Gesundheitsschädigung in Kauf nimmt.

1.5 Auf die Regelung über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Leistungsarten und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder seinen Nachträgen.

2.1 Invaliditäts-Leistung (stets versichert)

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 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.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditäts-Leistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditäts-Leistung zahlen wir als Einmalzahlung.

2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität (Invaliditätsgrad).

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade (Gliedertaxe):

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
andere Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Sprechvermögen/Stimmverlust	50 %
Verlust einer Niere bei Erhaltung der anderen Niere	25 %
Verlust einer Niere bei Fehlen der anderen Niere	75 %
Verlust beider Nieren	100 %
Verlust der Milz bei Erwachsenen und Kindern ab 14 Jahren	10 %
Verlust der Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %

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

2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane, die nicht unter Ziffer 2.1.2.2.1 aufgeführt sind, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, besteht eine Vorinvalidität. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

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

- Die versicherte Person ist aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstorben und
- Die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfallrente ab 50% Invalidität (wahlweise versichert).

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Wir zahlen die Unfallrente unter folgenden Voraussetzungen:

- Der Unfall hat innerhalb von 18 Monaten zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person von mindestens 50 Prozent geführt und
- Die Invalidität sowie der entsprechende Invaliditätsgrad wurden innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sowie von Ihnen bei uns geltend gemacht.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3 AUB.

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird gemäß Ziffer 3 AUB der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt

2.2.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen die Unfallrente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Eine eventuell zu Ziffer 2.1 ergänzend vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.2.3.1 Die Unfallrente zahlen wir

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

2.2.3.2 Die Unfallrente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 7.4 AUB von uns vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist. Hat eine von uns veranlasste Neubemessung die Einstellung der Rentenzahlung zur Folge gehabt, können auch Sie innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall einmal jährlich eine Neubemessung verlangen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

2.2 Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug

Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung trotz Aufforderung nicht innerhalb von 2 Wochen übersenden, Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, es sei denn, Sie haben den nicht fristgerechten Zugang nicht zu vertreten.

2.3 Krankenhaustagegeld (wahlweise versichert)

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4 Genesungsgeld (wahlweise versichert)

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.3.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.5 Todesfall-Leistung (wahlweise versichert)

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 weisen wir hin.

2.5.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten und Gebrechen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der unfallbedingten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invalidität und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- in der Todesfall-Leistung und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

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

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in den Pflegegrad 3 (§ 15 SGB XI) ein-

gestuft werden können. Besteht diese Versicherungsunfähigkeit seit Vertragsabschluss oder tritt diese danach ein, so erstatten wir Ihnen den seit Vertragsabschluss bzw. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag.

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

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

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

Des Weiteren besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente verursacht waren. Die unmittelbaren Schäden durch den Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sind bis zu einem Blutalkoholgehalt von unter 2,0 Promille mitversichert. Beim Führen von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn ein Blutalkoholgehalt von unter 0,5 Promille festgestellt wurde.

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

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

5.1.3.1 Der Kriegsausschluss gilt nicht,

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

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

- Bei Unfällen durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Krieg- oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt wird.

- Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen sind mitversichert, wenn die versicherte Person an den Gewalttaten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

5.1.3.2 Der Kriegsausschluss gilt jedoch

- 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 (ABC-Waffen)
- und in Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind;
- bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräte) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen / Gesundheitsschäden:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist (überwiegend heißt: zu mehr als 50%).

5.2.2 Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Gesundheitsschäden durch sonstige Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, durch ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sich die versicherte Person infiziert

- und eine allergische Körperreaktion erleidet, die durch Insektenstiche oder -bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht wird
- mit Tollwut und Wundstarrkrampf
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach Ziffer 5.2.3 Versicherungsschutz besteht.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

6 In welchen Fällen ändert sich der Versicherungsbeitrag?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif für Erwachsene um.

Sie haben dabei folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Haben Sie Ihre Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres getroffen, führen wir den Versicherungsvertrag mit den bisherigen Versicherungssummen fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 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 Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, nachdem wir die Einstufung in Form von Berufsgruppen mit einem höheren oder einem niedrigeren Beitrag vornehmen. Die Einstufungskriterien werden wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung im Antrag in Textform erläutern.

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.

6.2.2 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unserem gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz, erlischt der Versicherungsschutz. Er endet nach Ablauf von einem Monat, nachdem die versicherte Person diese neue, für uns nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen hat. Gleichzeitig endet die Versicherung für diese versicherte Person.

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

6.3 entfällt

6.4 Beitrag und Versicherungssumme bei Änderung der Berufsgruppe

6.4.1 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach unserem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen (Wechsel von einer Berufsgruppe mit niedrigerem in eine Berufsgruppe mit höherem Beitrag), gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen (Wechsel von einer Berufsgruppe mit höherem in eine Berufsgruppe mit niedrigerem Beitrag), so gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab dieser Änderung.

6.4.2 Auf Wunsch führen wir Ihren Versicherungsvertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen.

6.5 Vollendung des 65. Lebensjahres

6.5.1 Nach Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ist die Weiterführung der Versicherung für diese nur gegen einen Beitragszuschlag möglich: Die vereinbarten Beiträge erhöhen sich für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, jährlich.

6.5.2 Wir werden Sie über die Veränderung von Beitrag und Leistung rechtzeitig informieren.

6.5.3 Sie können innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung oder zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen.

6.6 Kundenbonus

Der Beitrag wird ermäßigt, wenn für Sie oder eine in Ihrem Haushalt lebende Person ein weiterer Vertrag in der Unfallversicherung oder ein Vertrag in der Lebensversicherung (auch Berufsunfähigkeits- und Rentenversicherung) oder in der Kfz-Versicherung (für Pkw oder Kraftrad), Hausrat-, Haftpflicht- oder Verbundenen Wohngebäudeversicherung bei den Cosmos Gesellschaften besteht.

6.7 Junge-Leute-Bonus

Der Beitrag im Erwachsenen-Tarif wird ermäßigt, sofern Sie das 31. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Bonus entfällt mit der Beitragsfähigkeit, die auf die Vollendung des 31. Lebensjahres folgt.

7 Wann sind die Leistungen fällig?

7.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

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

7.2 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.

7.3 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.

7.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

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

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

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 7.1 mit
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

7.5 Todesfall-Leistung nach dem Verschollenheitsgesetz

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

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

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

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

8 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

8.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrenumständen

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände in Textform anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben und die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Dies gilt auch für gefahrerhebliche Umstände, nach denen wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme in Textform gefragt haben.

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

8.2 Rücktritt

8.2.1 Voraussetzungen für den Rücktritt

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

8.2.2 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 Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

8.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles 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 Beitrags zu, der der zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht

8.3 Kündigung

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

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

8.4 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Versicherungsvertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres Vertragsbestandteil.

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

8.5 Ausübung der Rechte durch uns

Wir müssen die uns nach Ziffer 8.2 bis 8.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. 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 Ziffern 8.2 bis 8.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziffern 8.2 bis 8.4 genannten Rechte nicht

berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

8.6 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte nach Ziffer 8.2 bis 8.4 erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

8.7 Anfechtung

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

9 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

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

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

9.2 Der Unfall ist uns unverzüglich anzuzeigen: Füllen Sie hierzu die von uns übersandten Formulare aus und beantworten Sie oder die versicherte Person unsere zusätzlichen Fragen in Schriftform, vollständig und wahrheitsgemäß und senden uns diese Unterlagen/Angaben unverzüglich zu. Zur Klärung des Leistungsumfanges können wir notwendige weitere Nachweise verlangen.

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

9.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind – soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich – auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und zu ermächtigen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?

Verletzen Sie eine der in Ziffer 9 oder in den gesondert vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Die Versicherungsdauer

11 Wann beginnt der Versicherungsschutz? Wann endet der Versicherungsvertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

11.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag sofort nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 12.2 zahlen.

11.2 entfällt

11.3 Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

11.3.1 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht vorher durch einen Vertragspartner gekündigt wird. Unsere Kündigung ist wirksam, wenn sie Ihnen spätestens 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf zugegangen ist. Sie können den Versicherungsvertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres können Sie den Versicherungsvertrag täglich kündigen. Der Versicherungsschutz endet mit Zugang Ihrer Kündigung bei uns, sofern Sie nicht ein späteres Kündigungsdatum bestimmt haben.

11.4 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Versicherungsvertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennung, 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 die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

Unsere Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

11.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

11.6 Kündigung nach Umzug ins Ausland

VVerlegen Sie oder die versicherte Person ihren Erstwohnsitz ins Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) können Sie oder wir den Vertrag durch eine Kündigung in Textform beenden.

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

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

Der Versicherungsbeitrag

12 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

12.1 Beitrag und Versicherungsteuer

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

Aus einer Erhöhung der Versicherungsteuer ergibt sich für Sie kein Kündigungsrecht.

12.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

12.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes.

Ist eine unterjährige Zahlungsperiode statt der jährlichen Beitragszahlung vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Zahlung gemäß der vereinbarten unterjährigen Zahlungsperiode.

Erster Beitrag ist bei einem Versicherungsvertrag, der nicht am Ersten eines Monats beginnt, der Beitrag bis zum Monatsende.

12.2.2 Verzug

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie 14 Tage nach Abschluss des Versicherungsvertrages in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

12.2.3 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

12.2.4 Rücktritt

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

12.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Folgebeitrags

12.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

12.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

12.3.3 Qualifizierte Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung bestimmen (qualifizierte Mahnung). Diese ist nur wirksam, wenn sie je Versicherungsvertrag die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 12.3.4 und 12.3.5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

12.3.4 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch immer mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen wurden.

12.3.5 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn wir Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen haben.

Die Kündigung können wir auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 aussprechen. In diesem Fall wird unsere Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie in diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind und wir Sie in der qualifizierten Mahnung darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

12.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

12.4.1 Rechtzeitige Zahlung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Könnte 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.

12.4.2 Beendigung des Lastschriftverfahrens

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

12.5 Unterjährige Beitragszahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

12.5.1 Unterjährige Beitragszahlung

Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode bezahlen.

Ist eine unterjährige Zahlungsperiode statt der jährlichen Beitragszahlung vereinbart, sind die noch ausstehenden Beiträge bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung eines Beitrags im Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

12.5.2 Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode bezahlen. Die Zahlungsperiode ist die Versicherungsperiode nach § 12 Versicherungsvertragsgesetz. Sofern vereinbart, ist neben der jährlichen Zahlungsperiode auch eine unterjährige möglich (halb-, vierteljährlich, monatlich). Bei unterjähriger Zahlungsperiode sind im Beitrag die Kosten für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen enthalten. Welche Zahlungsperiode Sie mit uns vereinbart haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Die Laufzeit des Vertrags, die sich von der Zahlungsperiode unterscheiden kann, ist in Abschnitt 11 geregelt.

Bei unterjähriger Zahlungsperiode ist als Zahlungsweg nur das Lastschrifteinzugsverfahren möglich. Sofern Sie unterjährige Zahlungsperiode beantragt, aber kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, wird dem Versicherungsvertrag eine jährliche Zahlungsperiode zu Grunde gelegt.

12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

12.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

12.7.1 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.

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

Weitere Bestimmungen

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

13.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag nicht der versicherten Person, sondern

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

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

13.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

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

14.2 Wird ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum vom Beginn der Verjährung bis zum Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung beim Anspruchsteller bei der Fristberechnung nicht mit.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.2 Klagen gegen Sie

Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist eine juristische Person Versicherungsnehmer, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach deren Sitz oder deren Niederlassung. Das Gleiche gilt, wenn eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts- oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft Versicherungsnehmer ist.

15.3 Unbekannter Wohnsitz

Sind Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz.

15.4 Umzug ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag nach unserem Sitz.

16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?

16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben, sofern nicht etwas anderes bestimmt ist. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

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

16.3 Sofern die Internet-Vertrags-Verwaltung in meinCosmosDirekt vereinbart ist, gilt zusätzlich:

In Ihrem persönlichen Online-Bereich meinCosmosDirekt (d. h., über Ihren meinCosmosDirekt-Account) verwalten Sie Ihre Vertragsangelegenheiten. Über die Einstellung wichtiger Vertragsinformationen in Ihren meinCosmosDirekt-Account werden Sie per E-Mail benachrichtigt. Eine Änderung Ihrer für die E-Mail-Benachrichtigung (sowie für Ihre Vertragsverwaltung im Internet) hinterlegten E-Mail-Adresse müssen Sie uns in Ihrer Vertragsverwaltung im Internet unverzüglich anzeigen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Sie immer aktuell über die Einstellung von Vertragsinformationen in Ihre Vertragsverwaltung im Internet informiert werden.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

18 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

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

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

19 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

19.1 Für Kundenbeschwerden ist unsere Zentrale Beschwerdestelle gerne für Sie da. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Cosmos Versicherung AG

Zentrale Beschwerdestelle, Halbergstr. 50-60, 66121 Saarbrücken

E-Mail: kundendialog@cosmosdirekt.de

Telefon: 0681- 9 66 77 55

Versicherungsombudsmann

19.2 Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über unsere Webseite) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

19.3 Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

19.4 Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiben.

Besondere Bedingungen für den Versicherungsschutz von Angehörigen – Familienvorsorge

Wir bieten Ihnen entsprechend der nachfolgenden Regelung eine Familienvorsorge, ohne dass ein zusätzlicher Beitrag berechnet wird.

1 Voraussetzung für die Leistung

Für die Dauer von 12 Monaten besteht während der Vertragslaufzeit Versicherungsschutz für Ihre hinzukommenden Angehörigen, nämlich für

- Ihren Ehepartner ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung, bzw. Ihren eingetragenen Lebenspartner ab dem Zeitpunkt der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Ihre leiblichen Kinder ab Geburt,
- Ihre Adoptivkinder ab Rechtswirksamkeit der Adoption (bis Vollendung des 18. Lebensjahres).

Versicherungsschutz besteht im Rahmen dieser Familienvorsorge ausschließlich für die Invaliditätsleistung und, sofern für Sie diese Leistungsart vereinbart ist, für die Todesfall-Leistung sowie die Leistung Krankenhaustage- und Genesungsgeld.

2 Höhe der Leistung

Die Versicherungssummen betragen für die

Invaliditäts-Leistung	höchstens 25.000 EUR
Todesfall-Leistung	höchstens 10.000 EUR

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades und der Höhe der Leistung bleiben eine vereinbarte verbesserte Gliedertaxe, eine progressive Invaliditätsstaffel und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall unberücksichtigt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik Modell – Stand 2022)

Abweichend von den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) und sofern vereinbart, gilt folgendes:

1. Die versicherten Leistungen werden jährlich um 5 Prozent erhöht.

Dabei werden

- die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR,
- die monatliche Unfallrente, die Versicherungssummen für Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro

aufgerundet. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Unfälle. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die versicherten Leistungen.

Die Versicherungssummen für die versicherten Zusatzleistungen im Rahmen des Basis-Schutzes bzw. des Comfort-Schutzes sind von dieser Erhöhung ausgeschlossen.

2. Die Erhöhung der versicherten Leistungen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

3. Vor Erhöhung der versicherten Leistungen erhalten Sie eine Mitteilung in Textform, spätestens mit der Aufforderung der Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen versicherten Leistungen erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

4. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen. Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Mitteilung über die Erhöhung gemäß Nummer 3.

Auf Ihren Antrag wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Sie und wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von versicherten Leistungen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform widerrufen.

6. Die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag endet für die versicherte Person (Erwachsene und Kinder), wenn eine der nachstehenden Höchst-Versicherungsleistungen erreicht oder erstmalig überschritten wird:

- 1.000.000 EUR für die Invaliditätsleistung
- 300.000 EUR für die Todesfall-Leistung
- 2.500 EUR für die monatliche Unfallrente und
- 150 EUR für Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

Bei Erreichen folgender Versicherungssummen erheben wir einen Zuschlag von 30% auf den Teil der Versicherungssumme, der diese Grenzen überschreitet:

– Invalidität ohne Progression	ab 300.000 EUR
– Invalidität mit Progression 225%	ab 150.000 EUR
– Invalidität mit Progression 350%	ab 90.000 EUR
– Invalidität mit Progression 500%	ab 60.000 EUR
– Todesfall-Leistung	ab 150.000 EUR
– Monatliche Unfallrente	ab 2.500 EUR
– Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld	ab 150 EUR

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel

Bei den umrandeten Bestimmungen handelt es sich um Abweichungen von den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB).

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:		
Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen gemäß Ziffer 2.1.2.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditäts-Leistungen folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:		
Progression 225 Prozent	Progression 350 Prozent	Progression 500 Prozent
a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,	a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,	a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,	b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,	b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme	c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme	c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme

Erläuterungen:

Auf Grund der nach vorstehenden Absätzen b) und c) vorgesehenen Berechnung erhöht sich die gemäß Ziffer 2.1 AUB zu zahlende Invaliditätsentschädigung in Prozenten der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme):

Progression 225 Prozent		Progression 350 Prozent		Progression 500 Prozent	
von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
30	35	30	40	30	50
35	45	35	55	35	75
40	55	40	70	40	100
45	65	45	85	45	125
50	75	50	100	50	150
55	90	55	125	55	185
60	105	60	150	60	220
65	120	65	175	65	255
70	135	70	200	70	290
75	150	75	225	75	325
80	165	80	250	80	360
85	180	85	275	85	395
90	195	90	300	90	430
95	210	95	325	95	465
100	225	100	350	100	500

Leistungsbeschreibung zur Unfallversicherung

Leistungserweiterungen	Fundstelle	Basis	Comfort
Invalidität	Ziff. 2.1 AUB	Ja	Ja
Gliedertaxe	Ziff. 2 AUB und Ziff. 2 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	gemäß AUB, inkl. weiterer Körperteile	verbessert ggü. AUB, inkl. weiterer Körperteile
Mehrleistung Invalidität bei Unfällen mit Helm (Helmbonus)	Ziff. 3 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 17 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	5%, max. 5.000 EUR	10%, max. 10.000 EUR
Mehrleistung Invalidität bei Unfällen im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeiten	Ziff. 4 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 18 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	5%, max. 5.000 EUR	10%, max. 10.000 EUR
Mehrleistung Invalidität bei Unfällen bei Rettungsmaßnahmen	Ziff. 5 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 19 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	5%, max. 5.000 EUR	10%, max. 10.000 EUR
Unfallrente	Ziff. 2.2 AUB	sofern vereinbart	sofern vereinbart
Vereinbarte Leistung ab 50% Invalidität	Ziff. 2.2 AUB	Ja	Ja
Todesfall-Leistung	Ziff. 2.5 AUB	sofern vereinbart	sofern vereinbart
Frist zur Meldung des Todesfalls	Ziff. 9.5 AUB	6 Monate	6 Monate
Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	Ziff. 2.3 und 2.4 AUB	sofern vereinbart	sofern vereinbart
Leistungsumfang	Ziff. 2.3 und 2.4 AUB	max. 2 Jahre ab Unfallzeitpunkt	max. 2 Jahre ab Unfallzeitpunkt
Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen für drei Tage	Ziff. 16 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Unfallschutz Plus	BB für den Unfallschutz Plus	sofern vereinbart	sofern vereinbart
Hilfe- und Pflegeleistungen nach einem Unfall (z. B. Grundpflege, Menüservice, Reinigung der Wohnung)	BB für den Unfallschutz Plus	Ja	Ja
Weitere Leistungen			
Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall, Krampfanfall oder verordnete Medikamente	Ziff. 5 AUB	Ja	Ja
Unfälle infolge von Eigenbewegung und erhöhter Kraftanstrengung	Ziff. 1 AUB	Ja	Ja
Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit	Ziff. 5 AUB	bis unter 2 Promille	bis unter 2 Promille
Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit beim Führen eines Kfz	Ziff. 5 AUB	bis unter 0,5 Promille	bis unter 0,5 Promille
Ertrinken, Ersticken unter Wasser sowie Erfrierungen	Ziff. 1 AUB	Ja	Ja
Tauchtypische Gesundheitsschäden	Ziff. 1 AUB	Ja	Ja
Gesundheitsschädigung durch Strahlen	Ziff. 12 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug	Ziff. 11 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Nahrungsmittelvergiftung	Ziff. 10 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Psychische Reaktionen	Ziff. 24 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Impfschäden	Ziff. 6 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Infektionen bei unfallbedingten Heilmaßnahmen oder Eingriffen	Ziff. 5 AUB	Ja	Ja
Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen oder sonstiger Infektionsweg	Ziff. 7 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 5 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	Ja	Ja
Infektionen durch Hautverletzungen einschließlich Insektenstiche / -bisse sowie sonstige Tierverletzungen (z. B. Zeckenbiss)	Ziff. 7 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 5 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	Ja	Ja
Kosmetische Operationen	Ziff. 1 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 1 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	bis 15.000 EUR	bis 100.000 EUR
Kosmetische Operationen - Zahnbehandlungen	Ziff. 1 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	bis 100.000 EUR
Reparatur von Zahnspangen	Ziff. 1 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja

Sofortleistungen bei bestimmten schweren Verletzungen	Ziff. 7 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	10.000 EUR
Extrageld bei Knochenbruch	Ziff. 6 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 20 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	bis zu 250 EUR	bis zu 500 EUR
Arbeitsunfähigkeitspauschale	Ziff. 25 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	500 EUR
Ein- oder Zweibettzimmerunterbringung	Ziff. 14 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Bergungskosten	Ziff. 2 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 13 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	bis 15.000 EUR	bis 100.000 EUR
Überführung nach Deutschland	Ziff. 2 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 13 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	Ja	Ja, oder Bestattung im Ausland
Rückreise- und Unterbringungskosten von mitreisenden Dritten	Ziff. 13 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Therapiekosten einschließlich Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer	Ziff. 13 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Fahrtkosten zum Arzt	Ziff. 26 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	bis 250 EUR
Kurkosten- bzw. Rehabihilfe	Ziff. 15 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	Ja
Kosten für Umbau barrierefreier Wohnraum und Pkw	Ziff. 22 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	bis 10.000 EUR
Kein Abzug bei Mitwirkung von Krankheiten	Ziff. 3 AUB und Ziff. 3 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	unter 25%	unter 50%
Frist für Eintritt, Feststellung und Meldung einer Invalidität ab Unfallzeitpunkt	Ziff. 2 AUB und Ziff. 4 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	18 Monate	30 Monate
25% Mehrleistung in einem bei CosmosDirekt versicherten Pkw	Ziff. 8 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 28 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	Ja	Ja
Passive Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse	Ziff. 5 AUB	Ja	Ja
Tägliches Kündigungsrecht (nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres)	Ziff. 11 AUB	Ja	Ja
Mindeststandard GDV-Musterbedingungen	Ziff. 9 der BB für die Unfallversicherung - Basis-Schutz bzw. Ziff. 29 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	Ja	Ja

Leistungserweiterungen für Kinder und Familien	Fundstelle	Basis	Comfort
Leistung bei Vergiftungen bis zur Vollendung des	Ziff. 5 AUB bzw. Ziff. 9 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	10. Lebensjahres	14. Lebensjahres
Versicherungsschutz für versicherte Kinder bei Tod VN bis zur Vollendung des	Ziff. 12.7 AUB	18. Lebensjahres	18. Lebensjahres
Doppelte Todesfall-Leistung bei Tod beider Elternteile	Ziff. 23 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	zusätzlich bis zu 50.000 EUR
Schulenausfallgeld für Nachhilfe nach der 3. Schulausfallwoche	Ziff. 21 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	bis zu 50 EUR pro Tag, max. 40 Tage
Rooming-in bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	Ziff. 8 der BB für die Unfallversicherung - Comfort-Schutz	–	50 EUR pro Tag, max. 2 Jahre
Einschluss von Kindern (bis 18. Lebensjahr) in den Vertrag	BB für den Versicherungsschutz von Angehörigen	12 Monate	12 Monate
Einschluss des Ehe-/Lebenspartners in den Vertrag	BB für den Versicherungsschutz von Angehörigen	12 Monate	12 Monate

Abkürzungen:

AUB: Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen

BB: Besondere Bedingungen

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung – Basis-Schutz

1 Kosmetische Operationen

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1.1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

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

1.2 Art und Höhe der Leistungen

1.2.1 Wir leisten insgesamt bis zu einer Höhe von 15.000 EUR Ersatz für nachgewiesene

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

1.2.2 Ersatzleistungen Dritter werden von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht.

1.2.3 Nicht versichert sind Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sowie Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.

1.2.4 Die Versicherungssumme für kosmetische Operationen nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

2 Bergungskosten

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB ersetzen wir entstandene und notwendige Bergungs- und Transportkosten, wenn die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten hat.

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze

Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.1.2 Transport der versicherten Person in ein Krankenhaus

Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport in ein Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik.

2.1.3 Rückkehr der versicherten Person zum Wohnsitz

Wir ersetzen die Mehrkosten für die Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Die Kosten ersetzen wir auch, wenn die voraussichtliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mindestens 7 Tage beträgt und die Rückführung medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

2.1.4 Überführung der versicherten Person

Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.1 Die Höhe unserer Leistungen ist auf insgesamt 15.000 EUR begrenzt.

2.2.2 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 wenden.

2.3 Die Versicherungssumme für Bergungskosten nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

3 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei schweren Kopfverletzungen, wenn ein Helm getragen wurde

3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB eine schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas II. oder III. Grades.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB erhöhen sich die vereinbarten Leistungen, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt

- einen geeigneten Helm oder einen gleichwertigen Kopfschutz (z. B. Kopf-Airbag) getragen hat,
- der Unfall nicht während der beruflichen Tätigkeit eingetreten ist oder
- nicht beim Führen eines zulassungs- oder versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges eingetreten ist.

3.2 Höhe der Leistung

Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 5 % auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 5.000 EUR.

4 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei Unfällen im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit

4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet bei Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB. Der Versicherungsschutz hierfür umfasst auch den Wegeunfall auf dem direkten Hin- oder Rückweg zur ehrenamtlichen Tätigkeit.

Ehrenamtlich tätig ist, wer freiwillig und ohne Vergütung für eine Trägerorganisation Arbeit leistet, die dem Gemeinwohl dient.

Sie haben die Voraussetzungen für die Leistung mit Bescheinigungen der Trägerorganisation zu belegen. Des Weiteren muss der Unfall über die gesetzliche Unfallversicherung versichert sein.

4.2 Höhe der Leistung

Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 5 % auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 5.000 EUR je Schadenereignis.

5 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei Unfällen im Rahmen von Rettungsmaßnahmen

5.1 Die versicherte Person erleidet eine Gesundheitsschädigung durch Rettungsmaßnahmen nach Ziffer 1.4.6 AUB.

5.2 Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 5 % auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 5.000 EUR je Schadenereignis

6 Extrageld bei Knochenbruch

6.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch ein versichertes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3. oder 1.4 AUB

- den vollständigen Bruch eines Knochens und
- die Verletzung hat keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge.

Ein Knochenbruch (Fraktur) ist die vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung. Nicht versichert sind Grünholz-Frakturen, pathologische Frakturen sowie Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch erlischt, wenn Sie uns das ärztliche Attest nicht innerhalb von drei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, eingereicht haben. Der Anspruch erlischt auch, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

6.2 Höhe der Leistung

Je Unfallereignis zahlen wir einmalig einen Betrag von 250 EUR.

Abweichend hiervon zahlen wir bei folgenden Verletzungen einmalig einen Betrag von 50 EUR:

- Bruch eines oder mehrerer Finger
- Bruch einer oder mehrerer Zehen

Unabhängig von der Zahl der Einzelverletzungen je Unfallereignis ist unsere Leistung insgesamt auf die vorgenannten Beträge je Unfallereignis und Versicherungsjahr begrenzt.

7 Infektionen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB besteht Versicherungsschutz für bestimmte, hier abschließend genannte Infektionskrankheiten sowie für Infektionen bei der beruflichen Tätigkeit. Dieser Schutz gilt für die Leistungsart Invalidität und für die Leistungsart Unfallrente, wenn diese Leistungsart vereinbart ist.

7.1 Die folgenden Infektionskrankheiten gelten als Unfall:

Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Pest, Trypanosomiasis (Schlafkrankheit), Tularämie (Hasenpest), Borreliose und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

7.2 Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen

Für Personen, die sich bei der Ausübung der im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert haben, besteht Versicherungsschutz, wenn aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass Krankheitserreger bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit in den Körper gelangt sind.

Die Krankheitserreger müssen dabei

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sein. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Substanzen (z. B. Bakterien, Viren, Chemikalien) allmählich zustande kommen und/oder Berufs- oder Gewerbekrankheiten sind.

7.3 Voraussetzungen für eine Leistung nach Ziffer 7.1 und 7.2

7.3.1 Die versicherte Person wurde während der Vertragslaufzeit infi-

ziert und ist aufgrund dessen in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft im Sinne von Ziffer 2.1 AUB beeinträchtigt (Invalidität).

7.3.2 Die Invalidität ist

- erstmals während der Laufzeit des Vertrages eingetreten, sowie
- durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB, innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.

7.3.3 Kein Versicherungsschutz besteht für eine Infektion, wegen der die versicherte Person bereits vor der Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.

7.3.4 Unserer Leistungsberechnung legen wir die Versicherungssummen für Invalidität und Unfallrente (soweit vereinbart) zugrunde, die am Tag der erstmaligen schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren.

8 Zusätzliche Mehrleistung bei Unfällen und gleichzeitigem Bestehen einer Kfz-Haftpflichtversicherung

Erleidet die versicherte Person als Lenker oder Insasse eines bei unserem Unternehmen haftpflichtversicherten Pkw einen Unfall, so erhöhen sich eventuelle Leistungen aus der Unfallversicherung um 25%. Dies gilt für die Leistungsarten

- Invalidität
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Unfalltod

soweit diese tatsächlich vereinbart sind.

9 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen weichen bezogen auf den Unfallbegriff und die versicherten Leistungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Musterbedingungen (Stand 2020) ab.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung – Comfort-Schutz

1 Kosmetische Operationen

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1.1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

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

1.2 Art und Höhe der Leistungen

1.2.1 Wir leisten insgesamt bis zu einer Höhe von 100.000 EUR Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind,
- bis zu 35 Prozent der Kosten für unfallbedingte kieferorthopädische Behandlung, höchstens jedoch 500 EUR,
- Reparaturkosten für Zahnspangen.

1.2.2 Ersatzleistungen Dritter werden von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht.

1.2.3 Die Versicherungssumme für kosmetische Operationen nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

2 Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	8 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	4 %

Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Sprechvermögen/Stimmverlust	60 %
Verlust einer Niere bei Erhaltung der anderen Niere	25 %
Verlust einer Niere bei Fehlen der anderen Niere	75 %
Verlust der Milz bei Erwachsenen und Kindern ab 14 Jahren	10 %
Verlust der Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %

3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Abweichend von Ziffer 3 der AUB nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent beträgt. Gleiches gilt für Ziffer 2.2.1 AUB (Unfallrente).

4 Verlängerte Meldefrist

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.1, Satz 2 der AUB gilt Folgendes:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Die Eintrittsfrist bzw. Meldefrist von 30 Monaten gilt auch für Ziffer 2.2.1 AUB (Unfallrente).

5 Infektionen

Ergänzend zu Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB besteht Versicherungsschutz für bestimmte, hier abschließend genannte Infektionskrankheiten sowie für Infektionen bei der beruflichen Tätigkeit. Dieser Schutz gilt für die Leistungsart Invalidität und für die Leistungsart Unfallrente, wenn diese Leistungsart vereinbart ist.

5.1 Die folgenden Infektionskrankheiten gelten als Unfall:

Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Pest, Trypanosomiasis (Schlafkrankheit), Tularämie (Hasenpest), Borreliose und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

5.2 Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen

Für Personen, die sich bei der Ausübung der im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert haben, besteht Versicherungsschutz, wenn aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass Krankheitserreger bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit in den Körper gelangt sind.

Die Krankheitserreger müssen dabei

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sein. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Substanzen (z. B. Bakterien, Viren, Chemikalien) allmählich zustande kommen und/oder Berufs- oder Gewerbekrankheiten sind.

5.3 Voraussetzungen für eine Leistung nach Ziffer 5.1 und 5.2

5.3.1 Die versicherte Person wurde während der Vertragslaufzeit infiziert und ist aufgrund dessen in ihrer körperlichen oder geistigen Lei-

stungsfähigkeit dauerhaft im Sinne von Ziffer 2.1 AUB beeinträchtigt (Invalidität).

5.3.2 Die Invalidität ist

- erstmals während der Laufzeit des Vertrages eingetreten, sowie
- durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB, innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.

5.3.3 Kein Versicherungsschutz besteht für eine Infektion, wegen der die versicherte Person bereits vor der Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.

5.3.4 Unserer Leistungsberechnung legen wir die Versicherungssummen für Invalidität und Unfallrente (soweit vereinbart) zugrunde, die am Tag der erstmaligen schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren.

6 Impfschäden nach einer Schutzimpfung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB besteht Versicherungsschutz für einen Impfschaden nach einer Schutzimpfung gegen Infektionen durch einen in Deutschland oder durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassenen Impfstoff.

6.1 Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit durch die Schutzimpfung an der versicherten Person.

6.2 Der Impfschaden muss erstmals während der Laufzeit des Vertrages eingetreten sein und

- entweder aufgrund einer Schutzimpfung gegen eine in Ziffer 5.1 genannte Infektionskrankheit eintreten und durch einen Arzt schriftlich festgestellt werden,
- oder aufgrund einer Schutzimpfung gegen eine nicht in Ziffer 5.1 genannte Infektionskrankheit innerhalb von sechs Monaten nach dieser Schutzimpfung sowohl eintreten als auch durch einen Arzt schriftlich festgestellt werden,

und von Ihnen, abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB, innerhalb von drei Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.

6.3 Versicherungsschutz besteht für die Leistungsarten Invalidität und Unfallrente. Unserer Leistungsberechnung legen wir die Versicherungssummen für Invalidität und Unfallrente (soweit vereinbart) zugrunde, die am Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung des Impfschadens vereinbart waren.

7 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB bieten wir entsprechend den nachfolgenden Regelungen eine Sofortleistung bei schweren Verletzungen.

7.1 Voraussetzungen für die Leistung

7.1.1 Durch einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB ist eine der folgenden schweren Verletzungen entstanden:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit nachgewiesener Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung;
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung auf beiden Augen oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen mit verbleibender Sehschärfe von nicht mehr als 5% (Visus 0,05);
- Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma);
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen des Ober-/Unterarms sowie des Ober-/Unterschenkels,
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,

- Fraktur des Beckens,
- Fraktur der Wirbelsäule,
- Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.

7.1.2 Oder die versicherte Person hat sich wegen eines Unfalls innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem Unfall für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 14 Tagen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus befunden.

Als nicht medizinisch notwendige Heilbehandlungen gelten:

– Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere Anschlussheilbehandlung (AHB), intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA), Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), oder zur medizinischen Vorsorge;

– Aufenthalte in Kuranstalten, Sanatorien, Erholungsheimen oder sonstigen Rehabilitationseinrichtungen,

es sein denn, Sie weisen durch ärztliche Unterlagen nach, dass mit dieser Maßnahme die medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung unmittelbar fortgeführt wurde.

7.1.3 Die Sofortleistung ist spätestens 12 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

7.1.4 Die Leistung wird nicht erbracht, wenn der Unfall innerhalb von 48 Stunden zum Tod führt.

7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme von 10.000 EUR.

Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht.

8 Rooming-in bei Kindern

8.1 Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, zahlen wir für jede Übernachtung der Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in) einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Wir zahlen längstens für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

8.2 Die Versicherungssumme für Rooming-in nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

8.3 Mit Beendigung des Kinderunfall-Tarifs endet dieser Versicherungsschutz.

9 Vergiftungen bei Kindern

9.1 In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB sind Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund bei Kindern, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mitversichert.

9.2 Mit Beendigung des Kinderunfall-Tarifs endet dieser Versicherungsschutz.

10 Nahrungsmittelvergiftung

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB bieten wir auch Versicherungsschutz für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen.

Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen bei Personen nach Vollendung des 10. Lebensjahres.

11 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

In Erweiterung zu Ziffer 1.4 AUB gilt als Unfall auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

12 Gesundheitsschädigung durch Strahlen

In Erweiterung zu Ziffer 1.4 AUB und abweichend zu Ziffer 5.2.2 AUB gilt als Unfall auch eine Gesundheitsschädigung durch Röntgen- oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

13 Bergungskosten

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB ersetzen wir entstandene und notwendige Bergungs- und Transportkosten, wenn die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten hat.

13.1 Voraussetzungen für die Leistung

13.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze

Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

13.1.2 Transport der versicherten Person in ein Krankenhaus

Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik.

13.1.3 Rückkehr der versicherten Person zum Wohnsitz

Wir ersetzen die Mehrkosten für die Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Die Kosten ersetzen wir auch, wenn die voraussichtliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mindestens 7 Tage beträgt und die Rückführung medizinisch sinnvoll und vertretbar ist.

13.1.4 Überführung der versicherten Person

Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

13.1.5 Rückreisekosten mitreisender Personen zum gemeinsamen Wohnsitz

Im Falle eines Rücktransports der versicherten Person ersetzen wir zusätzlich angemessene Kosten für die Rückreise der im Haushalt der versicherten Person lebenden mitreisenden Familienangehörigen zu deren ständigen Wohnsitz. Die Kosten für die Rückkehr erstatten wir in Höhe der nachgewiesenen Kosten für die Rückfahrt oder den Rückflug, sowie anfallende Übernachtungskosten bis zu drei Nächten je Person.

13.1.6 Behandlung nach einem Tauchunfall der versicherten Person

Ergänzend zu Ziffer 1.4.3 AUB (Tauchtypische Schäden) sind die Kosten für eine Druckkammerbehandlung nach einer tauchunfallbedingten Dekompressionskrankheit mitversichert. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I oder Typ II und einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Die Kostenübernahme erfolgt im Rahmen der vereinbarten Leistung für Bergungskosten.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig oder grob fahrlässig missachtet wurden.

13.2 Art und Höhe der Leistung

13.2.1 Die Höhe unserer Leistungen ist insgesamt auf 100.000 EUR begrenzt.

13.2.2 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 wenden.

13.3 Die Versicherungssumme für Bergungskosten nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

14 Ein- oder Zweibettzimmerunterbringung

Ergänzend zu Ziffer 2 der AUB leisten wir für zusätzliche stationäre Unterbringungskosten nach folgenden Bedingungen:

14.1 Voraussetzung für die Leistungen

Die versicherte Person befindet sich aufgrund eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Diese Heilbehandlung erfolgt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten

nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

14.2 Leistungsumfang

14.2.1 Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, sofern nicht ein anderer Kostenträger zur Leistung verpflichtet ist oder dessen Leistungen zur Begleichung der Kosten nicht ausreichen.

14.2.2 Unsere Leistungspflicht endet, wenn nach dem medizinischen Befund keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, spätestens jedoch nach 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

14.2.3 Nimmt die versicherte Person die Leistung nach Ziffer 11.2.1 nicht in Anspruch, zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 EUR für jeden Tag der vollstationären Krankenhausheilbehandlung.

15 Kurkosten- bzw. Rehabihilfe

Ergänzend zu Ziffer 2 der AUB bieten wir entsprechend den nachfolgenden Regelungen eine Kurkosten- bzw. Rehabihilfe:

15.1 Wir erbringen nach einem unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB eine Kurkosten- bzw. Rehabihilfe in Höhe der im Versicherungsschein festgelegten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person

– überwiegend wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen

– innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,

– für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer

eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt hat.

15.2 Diese Voraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

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

15.4 Die Kurkosten- bzw. Rehabihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

15.5 Die Versicherungssumme für eine Kurkosten- bzw. Rehabihilfe nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

16 Erweitertes Krankenhaustage- und Genesungsgeld

Ergänzend zu den Ziffern 2.3 und 2.4 der AUB leisten wir das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld auch nach folgenden Bedingungen:

16.1 bei ambulanten Operationen

Erfolgt aufgrund eines Unfalles nach Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB eine ambulante Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität (Arm bzw. Bein) betäubt sein), so wird das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld für drei Tage gezahlt.

16.2 bei unfallbedingter vollstationärer Rehabilitation

Wir leisten auch für den Fall, dass sich die versicherte Person wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Rehabilitation (z.B. einer Kur) befindet, die

– nicht als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 2.3.1 AUB gilt,

– innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall angetreten wird,

– für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen durchgeführt wird

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

17 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei schweren Kopfverletzungen, wenn ein Helm getragen wurde

17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder

1.4 AUB eine schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas II. oder III. Grades.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB erhöhen sich die vereinbarten Leistungen, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt

- einen geeigneten Helm oder einen gleichwertigen Kopfschutz (z. B. Kopf-Airbag) getragen hat,
- der Unfall nicht während der beruflichen Tätigkeit eingetreten ist oder
- nicht beim Führen eines zulassungs- oder versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges eingetreten ist.

17.2 Höhe der Leistung

Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 10% auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 10.000 EUR.

18 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei Unfällen im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit

18.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet bei Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB. Der Versicherungsschutz hierfür umfasst auch den Wegeunfall auf dem direkten Hin- oder Rückweg zur ehrenamtlichen Tätigkeit.

Ehrenamtlich tätig ist, wer freiwillig und ohne Vergütung für eine Trägerorganisation Arbeit leistet, die dem Gemeinwohl dient.

Sie haben die Voraussetzungen für die Leistung mit Bescheinigungen der Trägerorganisation zu belegen. Des Weiteren muss der Unfall über die gesetzliche Unfallversicherung versichert sein.

18.2 Höhe der Leistung

Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 10 % auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 10.000 EUR je Schadenereignis.

19 Zusätzliche Mehrleistung zur Invaliditätsleistung bei Unfällen im Rahmen von Rettungsmaßnahmen

19.1 Die versicherte Person erleidet eine Gesundheitsschädigung durch Rettungsmaßnahmen nach Ziffer 1.4.6 AUB.

19.2 Unter den genannten Voraussetzungen zahlen wir eine Mehrleistung in Höhe von 10 % auf die fällig werdende Invaliditätsleistung. Diese setzt sich aus der vereinbarten Grundsumme und der Leistung einer gegebenenfalls vereinbarten Progression zusammen. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

Diese zusätzliche Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 10.000 EUR je Schadenereignis

20 Extrageld bei Knochenbruch

20.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch ein versichertes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3. oder 1.4 AUB

- den vollständigen Bruch eines Knochens und
- die Verletzung hat keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge.

Ein Knochenbruch (Fraktur) ist die vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung. Nicht versichert sind Grünholz-Frakturen, pathologische Frakturen sowie Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch erlischt, wenn Sie diesen nicht innerhalb von drei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage des ärztlichen Attestes geltend

gemacht haben. Der Anspruch erlischt auch, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

20.2 Höhe der Leistung

Je Unfallereignis zahlen wir einmalig einen Betrag von 500 EUR.

Abweichend hiervon zahlen wir bei folgenden Verletzungen einmalig einen Betrag von 100 EUR:

- Bruch eines oder mehrerer Finger
- Bruch einer oder mehrerer Zehen

Unabhängig von der Zahl der Einzelverletzungen je Unfallereignis ist unsere Leistung insgesamt auf die vorgenannten Beträge je Unfallereignis und Versicherungsjahr begrenzt.

21 Schulausfallgeld

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB übernehmen wir in der Kinder-Unfallversicherung ein Schulausfallgeld nach folgenden Bedingungen:

21.1 Voraussetzung für die Leistung

Das versicherte Kind kann unfallbedingt länger als 3 Wochen nicht am Unterricht in einer allgemeinbildenden Schule (oder einer staatlich anerkannten gleichgestellten Einrichtung) teilnehmen. Mehrere unterbrochene Schulausfälle aufgrund desselben Unfalls werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

Die Voraussetzungen werden durch ein ärztliches Attest oder eine Bescheinigung der Schule über die Schulausfallzeiten belegt.

21.2 Höhe der Leistung

Das Schulausfallgeld zahlen wir nach der 3. Schulausfallwoche bis zu 40 Tage. Wir zahlen die Leistung als Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten eines Nachhilfeunterrichts bis zu einem Betrag von 50 EUR pro Tag.

Bestehen für das versicherte Kind mehrere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, kann die Leistung nur aus einem Vertrag erlangt werden.

Mit Beendigung des Kinderunfall-Tarifs endet dieser Versicherungsschutz.

22 Restkostenübernahme für barrierefreien Umbau des eigenen Wohnraums und des Pkws

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB leisten wir Ersatz für barrierefreien Umbau nach folgenden Bedingungen:

22.1 Voraussetzung für die Leistung

Für die versicherte Person ergeben sich nach einem Unfall gemäß Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB und der damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung Umbaumaßnahmen an der Wohnung oder dem privat genutzten Pkw.

Die Umbaumaßnahmen werden innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall abgeschlossen.

22.2 Umfang der Leistung

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

- behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person,
- behindertengerechten Umbau des Pkws der versicherten Person

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

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

22.3 Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf 10.000 EUR begrenzt.

Die Versicherungssumme für den barrierefreien Umbau nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

23 Doppelte Todesfall-Leistungen für minderjährige Kinder nach einem Unfalltod der Eltern

Ergänzend zu Ziffer 2.4 AUB leisten wir bei einem Unfalltod der Eltern minderjähriger Kinder die doppelte Todesfall-Leistungen nach folgenden Bedingungen:

23.1 Voraussetzung für die Leistung

23.1.1 Für beide Eltern ist jeweils eine Todesfall-Leistung bei unserer Gesellschaft vereinbart und beide Elternteile werden durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet.

23.1.2 Das Kind (auch Adoptivkind) hat zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

23.1.3 Für das Kind besteht der gesetzliche oder testamentarische Erbanspruch auf die Todesfall-Leistung. Ein abweichendes Bezugsrecht ist nicht vereinbart.

Wir zahlen neben den vereinbarten Todesfall-Leistungen als Zusatzleistung noch einmal die je Elternteil vereinbarten Versicherungssummen für den Todesfall. Diese Zusatzleistung ist insgesamt auf höchstens 50.000 EUR begrenzt.

24 Psychische Reaktionen

Abweichend von Ziffer 5.2.6 AUB besteht Versicherungsschutz für die Folgen einer psychischen oder nervösen Störung, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit die Störungen auf eine, durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen ist.

25 Arbeitsunfähigkeitspauschale

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB zahlen wir eine Arbeitsunfähigkeitspauschale nach folgenden Bedingungen:

25.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person war aufgrund eines Unfalls nach Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB für länger als 3 Wochen arbeitsunfähig und nicht in vollstationärer Heilbehandlung. Mehrere unterbrochene Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund desselben Unfalls werden wie eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit gewertet.

Die Voraussetzungen werden durch ein ärztliches Attest und eine Bescheinigung des Arbeitgebers über die Ausfallzeiten belegt. Der Anspruch muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung bei uns geltend gemacht werden.

25.2 Höhe der Leistung

Je Unfallereignis zahlen wir einmalig einen Betrag von 500 EUR.

26 Fahrtkosten zum Arzt

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB leisten wir Ersatz für entstandene Fahrtkosten unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder nach Ziffer 1.4 AUB erlitten und ist aufgrund der eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigung selbst nicht in Lage, die Fahrten auszuführen.
- die Fahrten wurden innerhalb der ersten 6 Monate nach Eintritt eines Unfalls durchgeführt und
- die Fahrten erfolgten zu einer unfallbedingten ärztlichen Untersuchung oder zu einer ärztlich verordneten Behandlung

Die Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest belegt.

Unsere Zahlung ist auf insgesamt 250 EUR begrenzt.

27 entfällt

28 Zusätzliche Mehrleistung bei Unfällen und gleichzeitigem Bestehen einer Kfz-Haftpflichtversicherung

Erleidet die versicherte Person als Lenker oder Insasse eines bei unserem Unternehmen haftpflichtversicherten Pkw einen Unfall, so erhöhen sich eventuelle Leistungen aus der Unfallversicherung um 25%.

Dies gilt für die Leistungsarten

- Invalidität
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Unfalltod

soweit diese tatsächlich vereinbart sind.

29 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen weichen bezogen auf den Unfallbegriff und die versicherten Leistungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Musterbedingungen (Stand 2020) ab.

Besondere Bedingungen für den Unfallschutz Plus

Ergänzend zu den AUB leisten wir durch von uns beauftragte Dienstleister nach folgenden Bedingungen Hilfeleistungen, wenn die versicherte Person zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt:

1 Art der Leistung

Die Unfallhilfeleistungen werden durch von uns ausgewählte und beauftragte Dienstleister erbracht. Sie gehen durch die Beauftragung keine vertraglichen Verpflichtungen mit dem ausgewählten Dienstleister ein. Die Kosten für den Dienstleister werden entsprechend dieser Bedingungen von uns getragen.

2 Voraussetzung für die Leistung

2.1 Hilfebedarf nach einem Unfall

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB bzw. den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung erlitten. Im Haushalt der versicherten Person entsteht ein konkreter Hilfebedarf, weil sie

- sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet oder
- zu Hause nicht in der Lage ist, die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens ganz oder teilweise zu erledigen.

Der konkrete Hilfebedarf ist in einem Gespräch durch uns oder einen von uns beauftragten Dienstleister telefonisch oder durch einen Besuch vor Ort festgestellt worden.

Haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person bei der durch den Unfall verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AUB unsere Hilfeleistung nicht ein.

Liegt ein Ausschluss des Versicherungsschutzes nach Ziffer 5 AUB vor, können wir jedoch keine Hilfeleistung erbringen.

2.2 Leistungsort

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, unabhängig davon, wo sich der Versicherungsfall ereignet hat.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Hilfeleistungen werden ausschließlich am Ort des inländischen Haushaltes erbracht.

2.3 Leistungsumfang

Wir erbringen bei einer Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person oder einer sonstigen leistungsberechtigten Person ausschließlich Sach- und Dienstleistungen. Für die von uns beauftragten Dienstleister übernehmen wir die Kosten entsprechend den vorliegenden Bedingungen. Die Auswahl der qualifizierten Dienstleister erfolgt durch uns.

Die Kostenübernahme von Hilfeleistungen, die Sie selber organisieren (z. B. im Rahmen der Familien- oder Nachbarschaftshilfe), ist nur möglich, wenn diese vor der Leistungserbringung mit uns abgestimmt wurde. Bei den Leistungen Grundpflege (Ziffer 5.4), Verhinderungspflege (Ziffer 5.5), Pflegebedürftige Angehörige (Ziffer 5.6) und Tag- und Nachtwache (Ziffer 5.8) ist die Eigenorganisation ausgeschlossen.

3 Leistungsdauer

Die Leistungen werden, sofern in Ziffer 5 nicht anders vereinbart, für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 9 Monate vom Unfalltag an gerechnet.

Der Anspruch entsteht grundsätzlich erst nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB).

Für die Leistungen Haushaltsservice (Ziffer 5.1), Haustierunterbringung (Ziffer 5.4), Pflegebedürftige Angehörige (Ziffer 5.7) und Kinderbetreuung im Notfall (Ziffer 5.10) entsteht der Anspruch bereits mit Eintritt des Unfalls bzw. mit Eintritt der Hilfsbedürftigkeit.

Die Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament (Ziffer 5.11) wird einmalig für die versicherte Person erbracht. Für diese Leistungen muss kein Unfall vorliegen.

Verstirbt die versicherte Person während der Leistungsdauer, endet der Versicherungsschutz auch für die leistungsberechtigten Personen.

4 Begriffsbestimmungen und Erläuterungen

4.1 Versicherte Person

ist die im Versicherungsvertrag genannte Person.

4.2 Leistungsberechtigte

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

Falls eine versicherte Person verunfallt, welche das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind deren im Haushalt lebende Familienmitglieder leistungsberechtigt, die das Kind üblicherweise versorgen und durch die Unfallpflege in der Haushaltsführung ausfallen.

4.2.1 Ehe- oder Lebenspartner

ist jeweils die Person, die in einer – nicht notwendig ehelichen oder eingetragenen – eheähnlichen, dauerhaften, ausschließlichen Lebensgemeinschaft, die zu wechselseitiger Fürsorge und Unterstützung sowie zur gemeinsamen Lebensgestaltung verpflichtet, in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebt.

4.2.2 Leistungsberechtigtes Kind für die Kinderbetreuung im Notfall (Ziffer 5.10) ist jedes im Haushalt der versicherten Person lebende Kind, welches das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Leistungsauslöser ist in allen Fällen der Unfall der versicherten Person.

5 Versicherte Hilfeleistungen

Wir leisten im Schadenfall die nachfolgend aufgeführten Hilfeleistungen. Diese bestehen in der Organisation und Durchführung der nachfolgend aufgeführten Leistungen durch die von uns beauftragten Dienstleister. Die dafür anfallenden Kosten übernehmen wir. Unsere Leistung nach Ziffer 5.1.7 ist auf einen Betrag von 1.000 EUR je Schadenfall und Jahr begrenzt.

Der Umfang der Leistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und der im Haushalt lebenden leistungsberechtigten Personen (Ziffer 4.2). Der Bedarf wird von uns bzw. dem von uns beauftragten Dienstleister, einem anerkannten Sozialdienst, ermittelt.

5.1 Haushaltsservice

Dieser Service umfasst die Organisation, Durchführung und Kostenübernahme der im Folgenden genannten Leistungen.

Die Kosten für die eingekauften Waren oder Leistungen oder eine professionelle chemische Reinigung der Wäsche werden von uns nicht erstattet.

5.1.1 Menüservice

Der Menüservice beinhaltet die Anlieferung von sieben Hauptmahlzeiten pro Woche für die leistungsberechtigten Personen nach vorheriger freier Auswahl aus dem Menüsortiment. Je nach regionaler Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche Anlieferung von warmen Essen oder eine wöchentliche Anlieferung tiefgekühlt für sieben Tage.

5.1.2 Einkaufsdienst

Bis zu zweimal wöchentlich (jeweils mindestens 2 Stunden) werden Einkäufe für die leistungsberechtigten Personen durchgeführt. Dazu zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen,

- die Arzneimittelbesorgung,
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Güter,
- die Hinweise zur Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
- der Hin- und Rücktransport der Wäsche zur Reinigung.

5.1.3 Versorgung der Wäsche

Einmal wöchentlich (mindestens 2 Stunden) werden Kleidung und Wäsche der leistungsberechtigten Personen gewaschen und gepflegt. Dazu zählen

- Waschen, sofern eine Waschmaschine im Haus der versicherten Person vorhanden ist,
- Trocknen,
- Bügeln,
- Ausbessern,
- Sortieren und Einräumen sowie
- Schuhpflege.

5.1.4 Reinigung der Wohnung

Einmal wöchentlich (mindestens 2 Stunden) wird der Wohnraum der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Dazu zählt die Reinigung der üblicherweise bewohnten bzw. benutzten Zimmer wie beispielhaft

- Wohnzimmer,
- Badezimmer einschließlich Toilette,
- Küche (einschließlich Abfalltrennung und Entsorgung)
- Kinderzimmer,
- Gästezimmer,
- Ankleidezimmer.

Nicht Gegenstand dieser Leistung ist die Grundreinigung des Wohnraumes sowie die Reinigung von nicht zum unmittelbaren Wohnbereich gehörenden Räumlichkeiten, insbesondere Keller, Speicher, etc.

5.1.5 Pflanzenpflege

Mit der Reinigung der Wohnung (Ziffer 5.1.4) werden bei Bedarf auch die im Wohnraum sowie auf Balkon oder Terrasse befindlichen Pflanzen gegossen.

5.1.6 Reinigung des Treppenhauses und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern Sofern erforderlich, organisieren wir die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Treppenhaus, Waschkraum, etc.), sowie des Treppenhauses bei Gemeinschaftseigentum oder des gemieteten Wohnraums, soweit die versicherte Person oder eine sonstige leistungsberechtigte Person hierzu verpflichtet ist.

5.1.7 Grundstückspflege

Der Jahreszeit entsprechend organisieren wir die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Grundstückspflege am Wohnsitz der versicherten Person. Zur Grundstückspflege zählen

- Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen,
- Mähen des Rasens,
- Gehwegpflege nach Laubfall,
- Winter- und Streudienst.

Unsere Leistung hierfür ist auf einen Betrag von 1.000 EUR begrenzt.

5.2 Therapien

An bis zu sieben Tagen in der Woche wird die versicherte Person zum Arzt, zur Krankengymnastik und/oder Behörden im Bedarfsfall begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die hierfür anfallenden Kosten werden übernommen.

Die Begleitung beinhaltet, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch den von uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person beim z. B. Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc. Eine fach-

liche, inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.

5.3 Haustierunterbringung und Haustierbetreuung

Für die Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung (Gassigehen) organisiert und die hierbei anfallenden Kosten übernommen.

Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Tierarzt, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

Haustiere sind die folgenden im Haushalt der versicherten Person lebenden Kleintiere: Hunde (außer gefährliche Hunde nach den landesrechtlichen Vorschriften im Aufenthaltsort der versicherten Person), Katzen, Vögel, Nagetiere (außer Ratten), Fische und Schildkröten.

Die Organisation der Unterbringung oder der Betreuung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt, keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist.

Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht.

5.4 Grundpflege

An bis zu sieben Tagen in der Woche, täglich mindestens 45 Minuten, wird eine Grundpflege der versicherten Person organisiert. Diese umfasst pflegende Tätigkeiten wie z. B. Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Haut- und Haarpflege, An- und Auskleiden sowie die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Die hierfür anfallenden Betreuungskosten werden übernommen.

5.5 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 Schadenfall eine Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege.

Die Kosten hierfür werden von der Pflegeversicherung übernommen.

5.6 Pflegebedürftige Angehörige

Pflegt die versicherte Person eine mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebende Person (siehe Ziffer 4) und ist die versicherte Person nach einem versicherten Unfallereignis selbst nicht mehr in der Lage, die Betreuung fortzusetzen, organisieren wir die Pflegeleistung (siehe Grundpflege) und tragen die Kosten.

Voraussetzung für die Leistung:

- Für die zu pflegende Person wurde bereits vor dem Versicherungsfall ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt;
- Die Person wurde in der Wohnung der versicherten Person betreut;
- Eine andere im Haushalt lebende Person kann die häusliche Pflege nicht übernehmen.

Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall bereits ein Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, endet unsere Leistung – abweichend von Ziffer 3 – einen Monat nach dem Unfall der versicherten Person.

Werden für die zu pflegende Person Sachleistungen (Pflegedienste) von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht, leisten wir, sofern über die gesetzlichen Leistungen hinaus vorübergehend Bedarf besteht.

5.7 Pflegeschulung für Angehörige

Wird die versicherte Person aufgrund eines Unfalles pflegebedürftig, kann eine mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebende Person an einer Pflegeschulung teilnehmen. Wir organisieren einmalig die Teilnahme an einer Schulung und übernehmen die Kosten.

5.8 Tag- und Nachtwache

Keht die versicherte Person nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt (nicht Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation) oder einer unfallbedingten ambulanten Operation an ihren Wohnsitz zurück und muss aus medizinischen Gründen weiter beaufsichtigt werden, organisieren wir eine Tag- und Nachtwache und übernehmen die Kosten.

Den Bedarf an einer Tag- und Nachtwache weisen Sie durch ein ärztliches Attest nach. Bei einer Selbstentlassung besteht der Leistungs-

anspruch nicht.

Die Leistung wird einmal je Schadenfall erbracht und erfolgt für die ersten 48 Stunden nach Rückkehr aus dem Krankenhaus.

5.9 Installation einer Hausnotrufanlage

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

Die versicherte Person hat Anspruch auf die Grundausstattung der Hausnotrufanlage.

Die Kosten für die Erstinstallation und den Betrieb der Anlage werden für den Zeitraum der Leistungsdauer (Ziffer 3) übernommen. Darüber hinausgehende Wartungskosten und Gebühren oder ggf. weitere anfallende Kosten müssen von der versicherten Person übernommen werden.

5.10 Kinderbetreuung im Notfall

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 bis zu 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 und
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person. Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.

5.11 Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament

Für die Ausgestaltung einer individuellen Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht und eines Testaments, sowie dem Wunsch nach allgemeinen Informationen rund um diese Themen übernehmen wir für die versicherte Person einmal die Kosten eines telefonischen Beratungsgesprächs mit einem durch uns beauftragten Rechtsanwalt.

Die Kosten für jede weitere über dieses Erstberatungsgespräch hinausgehende Beratung werden von uns nicht erstattet. Auf Wunsch kann der Kontakt zu einem Rechtsanwalt vor Ort hergestellt werden.

5.12 Betreuungsleistungen und Fahrdienste für Kinder

Wir organisieren und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist. Die Leistung erfolgt in einem Zeitraum von bis zu vier Wochen bis zu 10 Stunden am Tag.

Wir organisieren und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für Fahrdienste der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zur Schule, zu Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist. Die Fahrtkosten übernehmen wir bis 100 km je Fahrt (Hin- und Rückfahrt) bis vier Wochen.

5.13 Informations- und Organisationsdienstleistungen

5.13.1 Organisation einer Patientenverfügung

Zusendung des Formulars „Patientenverfügung“ an Sie oder Ihre Angehörigen.

5.13.2 Organisation einer Vorsorgevollmacht

Zusendung des Formulars „Vorsorgevollmacht“ an Sie oder Ihre Angehörigen.

5.13.3 24h 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.

6 Außerordentliches Kündigungsrecht

Abweichend von Ziffer 11.2 AUB haben Sie und wir das Recht, diese Leistungen zum Ablauf des ersten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Vertragszeit in Textform zugegangen sein.

Sind Sie als Versicherungsnehmer mit unserer Kündigung dieser Leistungsart nicht einverstanden, besteht für Sie das Recht, den Vertrag innerhalb von einem Monat nach Erhalt der Teilkündigung insgesamt in Textform zu kündigen.

7 Obliegenheiten nach einem Leistungsfall

7.1 Um nach einem Unfall den konkreten Hilfebedarf feststellen zu können, muss die versicherte Person bei dem Erstgespräch umfassend und wahrheitsgemäß über ihren Gesundheitszustand informieren. Ebenso sind Änderungen des Gesundheitszustandes während der Leistungserbringung unmittelbar anzuzeigen.

7.2 Entsteht mit dem Unfall eine Hilfsbedürftigkeit, die voraussichtlich einer Pflegestufe bzw. einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) entspricht, müssen Sie bzw. die versicherte Person unverzüglich eine Leistung beantragen.

7.3 Die Anerkennung oder Ablehnung von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8 Abtretung von Ansprüchen

Sollte im Leistungsfall ein Dritter (z. B. Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig sein, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Das Gleiche gilt, wenn eine Leistung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann.

Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht bestreitet, treten wir im bedingungsgemäßen Umfang in Vorleistung. In diesem Fall sind uns bzw. den von uns beauftragten Dienstleistern die aus der Vorleistung entstehenden Ansprüche abzutreten.