

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (Debeka-AUB)

- Stand 1. Juli 2023 -

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (**Debeka-AUB**) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die Debeka-AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Unser Ziel ist es, in unseren Texten alle Menschen anzusprechen – ganz unabhängig von deren Geschlecht. Nur der besseren Lesbarkeit wegen verzichten wir darauf, alle Geschlechter einzeln zu nennen.

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Ihre Debeka

Inhaltsverzeichnis

Leistungsumfang Comfort

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
- 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Unfall-Rente
- 2.3 Krankenhaustagegeld
- 2.4 Zusätzliches Krankenhaustagegeld
- 2.5 Todesfall-Leistung
- 2.6 Leistung bei Tod durch Behandlungsfehler
- 2.7 Leistung bei vorsätzlicher Selbsttötung im Kinder-Tarif
- 2.8 Kosten für kosmetische Operationen
- 2.9 Leistung für Zahnverlust
- 2.10 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Transport
- 2.11 Kurleistung
- 2.12 Nachhilfegeld im Kinder-Tarif
- 2.13 Vorsorgeversicherung für Familienmitglieder

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

5 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie bei

- **Umstellung des Kinder-Tarifs**
 - **Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**
 - **Anpassungen im Alter**
 - **Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung**
- beachten?**

- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.3 Anpassungen im Alter
- 6.4 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschusszahlung
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 14.1 Gesetzliche Verjährung
- 14.2 Aussetzung der Verjährung

15 Was können Sie tun, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind (Meinungsverschiedenheiten)? Welches Gericht ist zuständig?

- 15.1 Meinungsverschiedenheiten
- 15.2 Gerichtsstände

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

18 Was passiert, wenn sich die Versicherungsbedingungen zu Ihren Gunsten verändern? (Innovationsklausel)

Besondere Bedingungen

U 02/16: Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung beim Tragen eines Schutzhelms im Kinder-Tarif

U 03/16: Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

U 06/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

U 07/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 225 %

U 08/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 %

U 09/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 1000 % bei Leistungsanspruch ab 20 %

U 10/16: Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe (verbesserte Gliedertaxe)

U 12/16: Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen

U 15/16: Besondere Bedingungen für die Versicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung

U 16/16: Besondere Bedingungen für Leistungen nach einem Übergriff auf Einsatzkräfte

Leistungsumfang Comfort Plus

Leistungspaket ServicePlus

Leistungspaket Unfallschutzversicherung

Leistungsumfang Comfort

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

Es gibt Ereignisse und daraus resultierende unfreiwillig erlittene Gesundheitsschäden, die einem Unfall gleichgestellt werden und für die ebenfalls Versicherungsschutz besteht.

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung, Eigenbewegungen und Sport

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder durch Eigenbewegungen, insbesondere auch während der Ausübung von Sport,

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

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

- einen Knochen bricht. Dies gilt nicht für Stress- oder Ermüdungsbrüche sowie erkrankungsbedingte Brüche, so genannte Spontanbrüche.

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.

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 Bruch des Oberschenkelknochens

Ein Bruch des Oberschenkelknochens oder des Oberschenkelhalses gilt stets als ein Unfall.

1.4.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Mitversichert sind Tauchunfälle, soweit sie zu tauchtypischen Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen, Lungenüberdruck, Tiefenrausch, Barotrauma oder Hyperventilation führen.

Die Nutzung einer Dekompressionskammer ist im Rahmen der Kostenerstattung für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Transport (Ziffer 2.10) mitversichert.

1.4.4 Ertrinken oder Ersticken

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person ertrinkt oder erstickt.

1.4.5 Erfrierungen

Es besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person Erfrierungen erleidet oder erfriert.

1.4.6 Gesundheitsschäden durch Verteidigung und Rettung

Es besteht Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt oder sich bemüht, Menschen, Tiere oder Sachen zu retten. Sie gelten somit als unfreiwillig.

1.4.7 Vergiftungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Vergiftungen durch

- (verdorbene) Nahrungsmittel,
- ausströmende Gifte, Dämpfe, Gase, Dünste, Staubwolken oder Säuren, auch wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu 7 Tage ausgesetzt war,
- Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Eingang der Speiseröhre (ausgenommen Alkohol),
- versehentliche Medikamenteneinnahme,
- das Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,

erleidet.

1.4.8 Infektionen

Mitversichert sind Infektionen

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf sowie Impfschäden durch Schutzimpfungen dagegen.
- durch Zeckenstiche verursachte Lyme-Borreliose, Neuroborreliose und FSME.
- mit Krankheitserregern, die durch nicht geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach Ziffer 5.2.3 Versicherungsschutz besteht.
- Wundinfektionen oder Blutvergiftungen, die durch einen Unfall verursacht wurden.

1.4.9 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Mitversichert sind Verletzungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person unfreiwillig davon betroffen wird.

1.4.10 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind strahlenverursachte Gesundheitsschäden durch

- Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper, z. B. im Rahmen von strahlendiagnostischen oder strahlentherapeutischen Handlungen.
- natürliche oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, z. B. Sonnenbrand und Sonnenstich.
- Röntgen-, Maser- oder Laserstrahlen.

Dies gilt nur für die Gesundheitsschäden, die nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

1.4.11 Unfälle durch natürliche Übermüdung

Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die durch natürliche Übermüdung verursacht werden. Das gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von natürlicher Übermüdung ein-

schläft und dadurch einen Unfall erleidet. Das Gleiche gilt, wenn sich der Unfall im Zustand der Schlaftrunkenheit oder eines Sekundenschlafs ereignet.

1.4.12 Fahrtveranstaltungen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person bei Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten.

Versicherungsschutz besteht ebenfalls für Unfälle beim Fahren auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland. Dies gilt nur, soweit die Veranstaltung reinen Freizeitcharakter hat und die versicherte Person kein Berufs-, Lizenz-, Vertragssportler, Vertragsamateurler oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

1.4.13 Psychische und nervöse Störungen

Versichert sind psychische und nervöse Störungen, die als Folge eines Unfalls auftreten. Das gilt jedoch nur dann, wenn die Störung eine der folgenden Ursachen hat:

- eine organische Erkrankung des Nervensystems, die durch den Unfall verursacht wurde
- eine Epilepsie, die durch den Unfall neu entstanden ist

1.4.14 Allergische Reaktionen durch Insektenstiche und -bisse

Versichert sind allergische Reaktionen durch Insektenstiche und -bisse. Erfolgt aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Erst-Desensibilisierung, gilt dies als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

Eine Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen nach Ziffer 3 nehmen wir nicht vor.

1.4.15 Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person

- als Führer oder sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei der beruflichen Tätigkeit, die mithilfe eines Luftfahrzeugs ausgeübt wird, oder
- als Fluggast

zustoßen.

Luftfahrzeuge sind z. B. Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hubschrauber, Frei- und Fesselballons.

Ebenso versichert sind Unfälle, die der versicherten Person bei der Nutzung von Luftsportgeräten, wie z. B. Drachen, Gleit-, Fallschirm und Kitesurfen zustoßen.

1.4.16 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff eine Gesundheitsschädigung erleidet oder verstirbt.

1.4.17 Gesundheitsschäden durch akute Höhenkrankheit

Versichert sind Gesundheitsschäden aufgrund einer akuten Höhenkrankheit der versicherten Person, wie z. B. Höhenlungenödem oder -hirnödem.

1.4.18 Gesundheitsschäden durch Eingriffe des täglichen Lebens

Versichert sind Gesundheitsschäden der versicherten Person, die sie durch Eingriffe des täglichen Lebens an ihrem Körper im Rahmen der Körperpflege erleidet. Dies sind z. B. Rasieren, Haare schneiden, Mani- und Pediküre.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu nicht versicherbaren Personen

(Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5). Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb von 1 Jahr folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Beginn der Fristen bei Zeckenstichen

Bei Zeckenstichen beginnen die in den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern mit der erstmaligen Diagnose der Lyme-Borreliose, Neuroborreliose oder FSME durch den Arzt.

2.1.1.5 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im 1. Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 1 Jahr nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung nach Ziffer 2.5, sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Invaliditätssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Invaliditätssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des 3. Jahrs nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Stimme	100 %
eine Niere	15 %
zwei Nieren	100 %
Milz - vor Vollendung des 14. Lebensjahrs	10 %
- nach Vollendung des 14. Lebensjahrs	5 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= 1/10 von 70 Prozent).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= 1/10 von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent).

Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des 1. Jahrs nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.5) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus bis zum 15. des laufenden Monats.

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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

2.3 Krankenhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Dies gilt auch bei einer Notfalleinweisung zur medizinisch notwendigen Heilbehandlung in ein gemischtes Institut (z. B. Institut für Heilbehandlung und Rehabilitation) und auch bei einer vollstationären Anschlussheilbehandlung.
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie.

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

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 4 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.4 Zusätzliches Krankenhaustagegeld

Soweit Sie ein Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.3 versichert haben, ist mitversichert:

2.4.1 Genesungsgeld

Voraussetzung für die Leistung des Genesungsgelds ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen wurde und einen Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.3 hatte.

Wir zahlen das Genesungsgeld in gleicher Höhe und für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir das Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 1 Jahr.

2.4.2 Rooming-In-Leistung

Voraussetzung für die Rooming-In-Leistung ist, dass für ein Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.3 besteht und ein Elternteil zur Betreuung stationär mit aufgenommen wird (Rooming-In).

Für den Zeitraum der Betreuung zahlen wir ein zusätzliches Krankenhaustagegeld in gleicher Höhe.

2.5 Todesfall-Leistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 1 Jahr nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Als Unfalltod gilt auch, wenn die versicherte Person infolge

- eines Schiffsunglücks,
- eines Luftfahrzeug- oder Luftsportgeräte-Unfalls oder
- sonstiger Lebensgefahr

nach den §§ 5, 6 oder 7 des Verschollenheitsgesetzes im Aufgebotsverfahren rechtswirksam für tot erklärt worden ist. Hat

die für tot erklärte versicherte Person den Unfall doch überlebt, fordern wir eine bereits erbrachte Leistung nicht zurück.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Todesfallsumme.

2.6 Leistung bei Tod durch Behandlungsfehler

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt infolge eines operativen Eingriffs innerhalb von 1 Jahr nach dem Eingriff durch einen Behandlungsfehler.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten 2.500 Euro. Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Wenn der Eingriff durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst war, zahlen wir diesen Betrag zusätzlich zu der vereinbarten Todesfall-Leistung.

2.7 Leistung bei vorsätzlicher Selbsttötung im Kinder-Tarif

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein im Kinder-Tarif versichertes Kind stirbt durch eine vorsätzliche Selbsttötung. Der Versicherungsvertrag war zum Zeitpunkt des Tods bereits 3 Jahre wirksam und eine Todesfallsumme ist vereinbart.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen pauschal 10.000 Euro. Bestehen für das versicherte Kind mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Einen Anspruch auf eine Todesfall-Leistung nach Ziffer 2.5 haben Sie nicht.

2.8 Kosten für kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds (z. B. kosmetisch störende Narben) zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- aufgrund eines über diesen Vertrag versicherten Unfalls,
- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 25. Lebensjahrs.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Für Beeinträchtigungen an Zähnen übernehmen wir keine Kosten für kosmetische Operationen. Wir zahlen nach Ziffer 2.9 unabhängig von der Leistungspflicht Dritter Pauschalen für einen ganzen oder teilweisen Zahnverlust.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

bis zu einem Gesamtbetrag von 50.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Sie die kosmetischen Operationskosten nur aus einem dieser Verträge verlangen.

2.9 Leistung für Zahnverlust

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Unfall ihre Zähne des bleibenden Gebisses ganz oder teilweise verloren. Hierdurch wird ein Zahnersatz erforderlich.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten pauschal 250 Euro je betroffenen Zahn.

2.10 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Transport

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Als Unfall gilt in diesen Fällen auch, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, einschließlich des gesetzlichen Eigenanteils für Krankenwagentransporte.
- die Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass diese Kosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Ab einer Dauer des Krankenhausaufenthalts von 14 Tagen verzichten wir auf den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit.
- Heimfahrten und Unterbringungen (bis zu 3 Nächte) für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, soweit sie zusätzlich entstanden sind.
- die Nutzung einer Dekompressionskammer sowie die Fahrt dorthin. Dies gilt bei Tauchunfällen und einer daraus resultierenden tauchtypischen Gesundheitsschädigung nach Ziffer 1.4.3.

Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir auch die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt im Ausland, ersetzen wir alternativ die Kosten für die Bestattung in diesem Land.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Unsere Leistung ist auf einen Gesamtbetrag von 50.000 Euro begrenzt. Für die Nutzung einer Dekompressionskammer zahlen wir bis zu 40.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Sie diese Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangen.

2.11 Kurleistung

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- nach einem Unfall,
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,

- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen

eine medizinisch notwendige, nicht stationäre Kur in einem Umkreis von mehr als 100 km vom Wohnort durchgeführt.

Beispiel: Die versicherte Person hat alle Maßnahmen der Sozialversicherungsträger ausgeschöpft. Zur weiteren Genesung von den Unfallfolgen nimmt sie in einem mindestens 100 km entfernten Ort (z. B. Kurort) nach vorheriger ärztlicher Verordnung Anwendungen, wie Massagen, Moorbäder, Fango usw. wahr.

Nicht darunter fallen ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen sowie Anschlussheilbehandlungen.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen als Kurleistung pauschal 1.000 Euro einmal je Unfallereignis.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Sie die Kurleistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

2.12 Nachhilfegeld im Kinder-Tarif

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte schulpflichtige Kind kann

- nach einem Unfall
- für mindestens 15 Tage nicht am Schulunterricht teilnehmen.

Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochener Schulausfall. Ferien und unterrichtsfreie Tage bleiben unberücksichtigt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch eine Bescheinigung der Schule über die Ausfalltage oder ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.12.2 Art und Höhe der Leistungen

Wir zahlen einen Betrag von pauschal 300 Euro einmal je Unfallereignis. Wir zahlen das Nachhilfegeld auch dann, wenn kein Nachhilfeunterricht genommen wird.

Bestehen für das versicherte Kind mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Sie das Nachhilfegeld nur aus einem dieser Verträge verlangen.

2.13 Vorsorgeversicherung für Familienmitglieder

Neu hinzukommende Kinder sowie Ehepartner der versicherten Person sind für einen bestimmten Zeitraum beitragsfrei im Leistungsumfang Comfort mitversichert.

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung und Dauer der Vorsorgeversicherung

Die versicherte Person

- bekommt ein leibliches Kind oder adoptiert ein Kind.
- schließt eine Ehe.

Die Vorsorgeversicherung besteht für die Dauer von 12 Monaten nach Vollendung der Geburt eines leiblichen Kinds, der Adoption eines Kinds oder ab dem Tag der Eheschließung.

Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung setzt voraus, dass der Vertrag der versicherten Person bei Beginn der Vorsorgeversicherung und zum Unfallzeitpunkt wirksam ist.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Es gelten die folgenden Versicherungssummen:

- für leibliche und adoptierte Kinder die gleichen Versicherungssummen, wie für das am höchsten bei uns versicherte Elternteil, jedoch nicht mehr als insgesamt

100.000 Euro Invaliditätssumme, 10.000 Euro Todesfallsumme, 10 Euro Krankenhaustagegeld sowie 10 Euro zusätzliches Krankenhaustagegeld. Diese Höchstgrenzen gelten auch für den Fall, dass für das versicherte Eltern teil bei uns mehrere Unfallversicherungen bestehen.

- für Ehepartner 30.000 Euro Invaliditätssumme und 10.000 Euro Todesfallsumme.

Die Vorsorgeversicherung ist auf die hier genannten Leistungsarten beschränkt. Ist für die versicherte Person eine progressive Invaliditätsstaffel und/oder eine verbesserte Glieder taxte vereinbart, gilt diese nicht für die Vorsorgeversicherung.

Wird das Kind oder der Ehepartner während der Dauer der Vorsorgeversicherung bei uns versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen. Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder angeborene Sehnenverkürzungen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Wirbelkörperverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Osteoporose-Erkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

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

Im Kinder-Tarif verzichten wir auf eine Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen sind nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert.

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

4.3 Den für nicht versicherbare Personen gezahlten Beitrag erstatten wir ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Ohnmacht die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch

- verschreibungspflichtige Medikamente verursacht, wenn diese vorschrifts- bzw. weisungsgemäß eingenommen oder unfreiwillig (unbemerkt/zwangsweise) verabreicht wurden.
- ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
- Herz-Kreislauf-Störungen verursacht, sofern diese nicht zu einer Ohnmacht (Synkope) geführt haben.
- Schwindel verursacht, sofern dieser nicht zu einer Ohnmacht (Synkope) geführt hat.
- die ungewollte Einnahme so genannter K.-o.-Tropfen verursacht, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiele: Die versicherte Person

- hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.
- ist infolge von Schwindel oder „Schwarzsehen vor Augen“ gestürzt.

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.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Rennen sind Wett- oder Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- durch Teilnahme an Fahrten auf offiziellen Rennstrecken.

Ausnahme:

In den in Ziffer 1.4.12 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

- 5.1.5** Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

- 5.2.2** Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

In den in Ziffer 1.4.10 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.

- 5.2.3** Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

- 5.2.4** Infektionen.

Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse verursacht wurden.

Ausnahme:

In den in Ziffer 1.4.8 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.

- 5.2.5** Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers einer Straftat

Ausnahme:

In den in Ziffer 1.4.13 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei

- **Umstellung des Kinder-Tarifs**
 - **Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**
 - **Anpassungen im Alter**
 - **Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung**
- beachten?**

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahrs, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Beitrag. Danach stellen wir den Vertrag auf den zum Zeitpunkt der Umstellung gültigen Erwachsenentarif um. Die bis dahin bestehenden Versicherungssummen bleiben bestehen und wir berechnen

den zu entrichtenden Beitrag für Erwachsene, der dann von Ihnen zu zahlen ist.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit reduzierten Versicherungssummen und dem bisherigen Beitrag weiter. Diesen Wunsch müssen Sie uns innerhalb von 1 Monat nach Erhalt des Versicherungsscheins über die Beitragsanpassung mitteilen.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit/Beschäftigung sowie dem Arbeitgeber/dem Dienstherrn der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags sind unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis und die Tarifbestimmungen.

6.2.1 Anwärter im öffentlichen Dienst und Auszubildende

Ist die versicherte Person Anwärter im öffentlichen Dienst oder Auszubildender, erfolgt für die Zeit der Berufsausbildung die Einstufung in die Berufsgruppe mit dem niedrigsten Beitrag. Nach Ausbildungsende führen wir den Vertrag mit der Berufsgruppe des Ausbildungsberufs weiter.

6.2.2 Mitteilung der Änderung

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

6.2.3 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von 6 Monaten ab der Änderung. Wird die Änderung im Rahmen einer Unfallmeldung bekannt, verzichten wir für dieses Schadensereignis auf die Reduzierung der Versicherungssummen, wenn der Unfall nicht auf die erhöhte Gefahr zurückzuführen ist.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf von 1 Monat ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter. Diesen Wunsch müssen Sie uns innerhalb von 1 Monat nach Erhalt des Versicherungsscheins über die Änderung der Versicherungssumme mitteilen.

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz an, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Unfall auf die erhöhte Gefahr zurückzuführen ist.

6.3 Anpassungen im Alter

Die Höhe des Beitrags richtet sich auch nach dem Alter der versicherten Person. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 63., 73. und 80. Lebensjahr vollendet, stellen wir den Vertrag auf den für diese Altersgruppe gültigen Beitrag um.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit reduzierten Versicherungssummen und dem bisherigen Beitrag weiter. Diesen Wunsch müssen Sie uns innerhalb von 1 Monat nach Erhalt des Versicherungsscheins über die Beitragsanpassung mitteilen.

6.4 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

6.4.1 Prüfung der Beiträge

Wir haben das Recht und die Pflicht, alle 3 Jahre - erstmalig zum 1. Januar 2020 - die Angemessenheit der vereinbarten

Beiträge für bestehende Verträge zu prüfen. Zweck der Prüfung ist festzustellen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob sie erhöht oder abgesenkt werden müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass wir unsere Verpflichtungen aus den Verträgen dauerhaft erfüllen können und ein angemessenes Gleichgewicht zwischen unseren Leistungsverpflichtungen und Ihrem Beitrag erhalten bleibt.

6.4.2 Regeln der Prüfung

Wir beachten bei der Prüfung folgende Regeln:

- Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und -technik an. Im Bereich der klassischen Unfallversicherung errechnen wir hierzu jeweils den statistischen Grundbedarf. Ausgangspunkt dafür ist die Versicherungssumme je versicherte Person multipliziert mit deren anteiliger Vertragsdauer im Geschäftsjahr. Dieses Produkt wird für alle versicherten Personen gebildet und eine Gesamtsumme errechnet. Anschließend werden sämtliche Schadensaufwendungen im Kalenderjahr durch diese Gesamtsumme geteilt. Im Bereich der Leistungspakete ServicePlus und Unfallschutzversicherung errechnen wir jeweils den Schadensbedarf. Dazu wird zunächst die Anzahl der versicherten Personen mit deren anteiliger Vertragsdauer im Geschäftsjahr multipliziert. So erhalten wir die gewichtete Anzahl der versicherten Personen im Geschäftsjahr. Berechnet wird der Schadensbedarf, indem sämtliche Schadensaufwendungen im Kalenderjahr durch die gewichtete Anzahl der versicherten Personen im Geschäftsjahr geteilt werden. Zu den Schadensaufwendungen gehören in beiden Fällen auch die Regulierungskosten.
- Wir fassen bei der Prüfung solche Verträge zu Risikogruppen zusammen, die einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen. Eine Risikogruppe ist z. B. eine in unserem Berufsgruppenverzeichnis genannte Gefahrengruppe.
- Wir prüfen ausschließlich, wie sich die Schadensaufwendungen seit der letzten Festsetzung der Beiträge verändert haben.
- Wir berücksichtigen bei der Prüfung unternehmensinterne und -übergreifende Datengrundlagen. Als unternehmensübergreifende Datengrundlagen kommen z. B. in Betracht: Statistische Daten des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. sowie der Gesellschaft für Versicherungsstatistik mbH.

Individuelle Beitragszuschläge und -nachlässe werden nicht berücksichtigt.

6.4.3 Beitragserhöhung und -ermäßigung

Ergibt die Prüfung eine Veränderung des statistischen Grundbedarfs oder des Schadensbedarfs von mindestens 5 Prozent, sind wir im Fall einer Erhöhung berechtigt, im Fall einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge um den errechneten Prozentsatz anzupassen.

Wenn die durch die Prüfung ermittelten Beiträge für bestehende Verträge höher sind als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge, können wir höchstens die Beiträge für Neuverträge verlangen. Dies setzt voraus, dass der Versicherungsumfang und die Beitragsberechnungsmerkmale für Bestands- und Neuverträge dieselben sind.

Wenn wir Veränderungen zu einem Prüfungszeitpunkt nicht berücksichtigen, können wir diese zu einem späteren Zeitpunkt bei der Berechnung einbeziehen. Im Fall einer Beitragsreduzierung sind wir verpflichtet, zunächst nicht berücksichtigte Veränderungen bei der nächsten Prüfung in die Berechnung mit einzubeziehen.

6.4.4 Einbindung eines Treuhänders

Wir sind zur Anpassung der Beiträge nur dann berechtigt, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Einhaltung der unter Ziffer 6.4.1 bis 6.4.3 dargestellten Voraussetzungen und die Beitragskalkulation geprüft und bestätigt hat.

6.4.5 Wirksamkeit der Beitragsanpassung

Die Beitragsänderung gilt für die Folgebeiträge, die nach dem 31. Dezember des Jahrs, in dem die Prüfung erfolgte, fällig werden. Sie unterbleibt, wenn seit dem Versicherungsbeginn für die betroffene Leistungsart noch nicht 1 Jahr abgelaufen ist. Eine Beitragserhöhung setzt voraus, dass wir sie Ihnen mindestens 1 Monat vor ihrem Wirksamwerden mitteilen.

6.4.6 Auswirkungen einer Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, können Sie den Vertrag kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall zu dem Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam würde. Ihre Kündigung muss uns innerhalb von 1 Monat nach Erhalt unserer Mitteilung nach Ziffer 6.4.5 zugehen.

Der Leistungsfall

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

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

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

Es ist möglich, dass Sie oder die versicherte Person die Unfallfolgen zunächst als gering einschätzen oder keine Leistungspflicht annehmen. In diesem Fall sind die Obliegenheiten unverzüglich nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang des Gesundheitsschadens erkennbar wird.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

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

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

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten ab Kenntnis des Todesfalls zu melden.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb von 1 Monat in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des jeweiligen Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

9.3 Vorschusszahlung

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb von 1 Jahr nach dem Unfall bis zu 20 Prozent der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme beansprucht werden.

Bei Zeckenstichen beginnt die Jahresfrist mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Zeckenstichen beginnt die Frist mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1 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 gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 3 Prozent jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit zahlen. Wann der Erstbeitrag fällig ist, richtet sich nach Ziffer 11.2.1.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung/Kündigung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens 1 Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils 1 weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.

Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 1 Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits in Textform zugegangen sein. Der Rechtsstreit kann durch Klägerücknahme, Ankenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils beendet worden sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahrs.

Unsere Kündigung wird 1 Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

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

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

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

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb von 1 Monat den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einer Bankverbindung vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

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

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb von 1 Monat, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos in Textform kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen.
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb von 1 Monat schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

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

Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

14.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15 Was können Sie tun, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind (Meinungsverschiedenheiten)? Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Meinungsverschiedenheiten

15.1.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Telefon: (08 00) 3 69 60 00
Fax: (08 00) 3 69 90 00

Einzelheiten finden Sie unter:
www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

15.1.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Telefon: (02 28) 41 08 - 0
Fax: (02 28) 41 08 - 15 50

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

15.1.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

15.2 Gerichtsstände

15.2.1 Wenn Sie uns verklagen

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts

15.2.2 Wenn wir Sie verklagen

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

15.2.3 Sie haben Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz ins Ausland verlegt

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist abweichend von Ziffer 15.2.1 und 15.2.2 das Gericht am Sitz unseres Unternehmens zuständig.

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

16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an eine der folgenden Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Was passiert, wenn sich die Versicherungsbedingungen zu Ihren Gunsten verändern? (Innovationsklausel)

Werden die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Besondere Bedingungen

U 02/16: Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung beim Tragen eines Schutzhelms im Kinder-Tarif

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz im Kinder-Tarif erweitert. In Ergänzung zu Ziffer 2.1.2 der Debeka-AUB gilt Folgendes:

1 Voraussetzungen der Leistung

Das versicherte Kind

- erleidet bei einem Fahrrad-, Reit-, Ski-, Snowboard- oder Schlittenunfall oder bei einem Unfall mit Inline-Skates, Rollschuhen, Tretrollern, E-Scootern oder allen Arten von Boards eine Kopfverletzung und
- hat bei dem Unfall einen geeigneten Schutzhelm getragen, der entweder einer international anerkannten Norm entspricht oder von einer unabhängigen Stelle geprüft ist.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir erhöhen den Invaliditätsgrad, der auf die Kopfverletzung entfällt, um 25 Prozent.

Beispiel: Bei einem Kind beträgt der Invaliditätsgrad aufgrund einer Kopfverletzung 40 Prozent und wegen einer Funktionsbeeinträchtigung am Arm 20 Prozent. Wir erhöhen den Invaliditätsgrad, der auf die Kopfverletzung zurückzuführen ist, um 25 Prozent. Die zusätzliche Versicherungsleistung für die Kopfverletzung beträgt 10 Prozent.

Der Zuschlag bleibt bei der Unfall-Rente sowie der Anwendung der progressiven Invaliditätsstaffel unberücksichtigt. Er wird anschließend auf die Invaliditätsleistung addiert.

U 03/16: Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Sie haben mit uns eine Gruppen-Unfallversicherung abgeschlossen. Ergänzend zu den Debeka-AUB gelten folgende Zusatzbedingungen:

1 Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Sie müssen die zu versichernden Personen so bezeichnen und erfassen, dass deren Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis eindeutig feststeht.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben.

Diese Angabe müssen Sie uns innerhalb von 1 Monat nach unserer Aufforderung machen.

Inhalt der Angabe:

- Aufteilung nach Monaten
- Angabe des jeweils höchsten Stands eines Monats

Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt. Darüber erhalten Sie von uns eine Abrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Für Personen, die noch nicht versichert sind, gilt:

2.2.1 Personen, deren Beruf, Beschäftigung und Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen, können Sie jederzeit bei uns anmelden.

Der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Personen beginnt frühestens mit Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.2.2 Personen in anderen Berufen, mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

2.3 Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss des Einzelnen in den Vertrag abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person 1 Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.4 Sollen versicherte Personen aus dem Vertrag ausscheiden, erlischt deren Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Mitteilung darüber zugeht.

3 Vertragsdauer

Ergänzend zu Ziffer 10 der Debeka-AUB gilt:

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben oder wenn wegen dieser Leistung gegen uns Klage erhoben wurde.

Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens 1 Monat nach Leistung oder - im Fall eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein.

Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet 1 Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

U 06/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag regelmäßig angepasst werden (Dynamik).

1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Unfall-Rente
- Todesfall-Leistung
- Krankenhaustagegeld
- zusätzliches Krankenhaustagegeld

Alle weiteren Leistungsarten nehmen an der Dynamik nicht teil.

2 Anpassung der Versicherungssummen

2.1 Wir erhöhen die ursprünglichen Versicherungssummen (Grundsummen) alle 3 Jahre um 20 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahrs. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des 4. Versicherungsjahrs.

Werden die Versicherungssummen während der Vertragslaufzeit geändert, gelten diese dann als neue Grundsummen.

2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf volle Tausend Euro
- die Unfall-Rente, das Krankenhaustagegeld und das zusätzliche Krankenhaustagegeld auf volle Euro

2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

2.4 Die Unfall-Rente nimmt an keiner weiteren planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag mehr teil, wenn die Versicherungssumme von monatlich 2.500 Euro erreicht ist.

3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

4 Verfahren

4.1 Vor der planmäßigen Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von 6 Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen.

4.2 Diese Vereinbarung endet für die versicherte Person, wenn

- sie das 60. Lebensjahr vollendet hat oder
- bei der nächsten planmäßigen Erhöhung eine Invaliditätssumme von 800.000 Euro (ohne/mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %) überschritten würde oder
- bei der nächsten planmäßigen Erhöhung eine Invaliditätssumme von 300.000 Euro (mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %) überschritten würde.

Ein gesonderter Widerruf nach Ziffer 4.4 dieser Bestimmungen ist nicht erforderlich.

4.3 Sie können jederzeit den Ausschluss der Dynamik für die Zukunft beantragen.

4.4 Wir können die Dynamik-Vereinbarung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahrs in Textform erfolgen.

U 07/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 225 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent vereinbart.

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Debeka-AUB ermittelt. Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

Höhe der Leistung

- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich den gleichen Prozentsatz aus der Invaliditätssumme.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich den gleichen Prozentsatz aus der Invaliditätssumme.

Bei den Berechnungen runden wir auf 2 Nachkommastellen.

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

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

U 08/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent vereinbart.

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Debeka-AUB ermittelt. Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

Höhe der Leistung

- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 4-fach aus der Invaliditätssumme.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 5-fach aus der Invaliditätssumme.
- Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 80 Prozent zahlen wir die vereinbarte Maximalleistung von 500 Prozent der Invaliditätssumme.

Bei den Berechnungen runden wir auf 2 Nachkommastellen.

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

Inv.-Grad %	Leistung %								
26	30	41	105	56	210	71	360	86	500
27	35	42	110	57	220	72	370	87	500
28	40	43	115	58	230	73	380	88	500
29	45	44	120	59	240	74	390	89	500
30	50	45	125	60	250	75	400	90	500
31	55	46	130	61	260	76	410	91	500
32	60	47	135	62	270	77	420	92	500
33	65	48	140	63	280	78	430	93	500
34	70	49	145	64	290	79	440	94	500
35	75	50	150	65	300	80	500	95	500
36	80	51	160	66	310	81	500	96	500
37	85	52	170	67	320	82	500	97	500
38	90	53	180	68	330	83	500	98	500
39	95	54	190	69	340	84	500	99	500
40	100	55	200	70	350	85	500	100	500

U 09/16: Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 1000 % bei Leistungsanspruch ab 20 %*

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 1000 Prozent vereinbart.

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Debeka-AUB ermittelt. Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

Höhe der Leistung

* Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 20 Prozent entfällt unsere Leistungspflicht.

- Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent zahlen wir auch für die ersten 19 Prozent der Invalidität.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 4-fach aus der Invaliditätssumme.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 40 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 5-fach aus der Invaliditätssumme.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 5-fach aus der Invaliditätssumme.
- Für den Prozentsatz des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 90 Prozent übersteigt, zahlen wir diesen Prozentsatz zusätzlich 5-fach aus der Invaliditätssumme.

Bei den Berechnungen runden wir auf 2 Nachkommastellen.

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

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
* unter 20 % keine Leistung		38	90	59	335	80	650
		39	95	60	350	81	665
		40	100	61	365	82	680
20	20	41	110	62	380	83	695
21	21	42	120	63	395	84	710
22	22	43	130	64	410	85	725
23	23	44	140	65	425	86	740
24	24	45	150	66	440	87	755
25	25	46	160	67	455	88	770
26	30	47	170	68	470	89	785
27	35	48	180	69	485	90	800
28	40	49	190	70	500	91	820
29	45	50	200	71	515	92	840
30	50	51	215	72	530	93	860
31	55	52	230	73	545	94	880
32	60	53	245	74	560	95	900
33	65	54	260	75	575	96	920
34	70	55	275	76	590	97	940
35	75	56	290	77	605	98	960
36	80	57	305	78	620	99	980
37	85	58	320	79	635	100	1000

U 10/16: Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe (verbesserte Gliedertaxe)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit „verbesserte Gliedertaxe für Heilberufe“ vereinbart. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person als praktizierender Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Orthoptist, Massneur, Physiotherapeut oder Krankengymnast tätig ist.

1 Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Debeka-AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2 Dauer

2.1 Sie oder wir können diese Vereinbarung kündigen. Ihre Mitteilung in Textform wird mit Zugang bei uns wirksam. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahrs in Textform zugehen.

2.2 Diese Vereinbarung endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person

- die genannte Berufstätigkeit nicht mehr ausübt oder
- das 70. Lebensjahr vollendet.

Es gilt dann die Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.2.1 der Debeka-AUB.

U 12/16: Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Besonderen Bedingungen für Ärzte, Zahnärzte, Gesundheits-, Alten- und Krankenpfleger/innen (Krankenschwestern), Gesundheits-, Alten- und Krankenpflegehelfer/innen und das übrige medizinische nicht ärztliche Fachpersonal (gilt auch für Bedienstete des Sanitätsdiensts der Bundeswehr), Zahn-techniker, Chiropraktiker, Ergo- und Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Hebammen, Entbindungspfleger, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde, Berufsfeuerwehrleute, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehren (im Einsatz), medizinisches Rettungspersonal, Vollzugsbeamte sowie -bedienstete von Bundespolizei, Polizei, Zoll, Justiz und Strafvollzug vereinbart.

Der Versicherungsschutz für Infektionen wird abweichend von den Ziffern 1.4.8 und 5.2.4 der Debeka-AUB erweitert:

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:

- Beschädigung der Haut; es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein

- plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

Anhauchen, Annesen oder Anhusten reichen nicht aus, es sei denn, die versicherte Person ist in einem Heilberuf tätig und infiziert sich hierbei mit Diphtherie oder Tuberkulose.

1.3 Es geht aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.2 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

2 Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfall-Rente

Abweichend von den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 der Debeka-AUB gilt:

Die Invalidität aufgrund der Infektion ist innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 3 weiteren Monaten bei uns geltend gemacht worden.

U 15/16: Besondere Bedingungen für die Versicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz für Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse in folgendem Umfang erweitert.

Abweichend von Ziffer 5.1.3 der Debeka-AUB gilt:

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse einen Unfall erlitten.

Als Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gelten auch damit zusammenhängende Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

1.2 Die versicherte Person gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern am Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer aufseiten der Krieg führenden Parteien zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

2.1 Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),

2.2 Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

- an denen der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als Krieg führende Partei beteiligt ist oder
- die auf dem Gebiet dieses Staats stattfinden, ohne dass dieser Staat Krieg führende Partei ist.

3 Beendigung des Versicherungsschutzes

Wir können den Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen jederzeit mit einer Frist von 7 Tagen kündigen.

Hierfür müssen Sie uns einen Bevollmächtigten mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Union benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann.

U 16/16: Besondere Bedingungen für Leistungen nach einem Übergriff auf Einsatzkräfte

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Besonderen Bedingungen für Einsatzkräfte von Bundespolizei, Polizei, Zoll, Justiz (einschließlich der jeweiligen Vollzugsdienste), Feuerwehr, medizinischem Rettungsdienst, Bundeswehr, Zivil- und Katastrophenschutz sowie Ordnungsamt vereinbart.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person ist im beruflichen oder ehrenamtlichen Einsatz Opfer eines Übergriffs geworden und hat dabei eine der folgenden Verletzungen erlitten:

- Knochenbruch,
- Muskel-, Sehnen- oder Bänderriss,
- Schuss- oder Stichverletzung,
- weitere Verletzungen, die einen mindestens 3-tägigen stationären Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten.

und/oder

1.2 Die versicherte Person hat infolge eines Übergriffs im beruflichen oder ehrenamtlichen Einsatz eine Anpassungsstörung oder posttraumatische Belastungsreaktion entwickelt.

Beispiel: Aufgrund einer Gefahrensituation im Dienst muss die versicherte Person von der Schusswaffe Gebrauch machen. Durch den abgesetzten Schuss wird eine andere Person verletzt oder getötet. Infolgedessen entwickelt sich ein Post-Shooting-Trauma (PST).

1.3 Sie weisen den Übergriff und die erlittenen Folgen durch geeignete Unterlagen, wie z. B. ärztliches Attest, Unfallmeldung des Arbeitgebers/Dienstherrn bei der Berufsgenossenschaft/Unfallkasse nach.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen bei Verletzungen nach Ziffer 1.1 eine einmalige pauschale Leistung von 5.000 Euro, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen vorliegen.

Es erfolgt keine Anrechnung auf mögliche weitere Leistungsansprüche.

Liegen die Voraussetzungen nach Ziffer 1.2 vor, stellen wir Kontakt zu unserem qualifizierten Dienstleister her. Dieser führt eine Situationsanalyse durch und initiiert bei Bedarf weitere Maßnahmen zur Reduzierung der psychischen Belastung. Soweit möglich werden auch geeignete Psychologen empfohlen.

Kosten für die therapeutischen Maßnahmen, z. B. Sitzungen, übernehmen wir nicht.

Leistungsumfang Comfort Plus

Soweit Sie mit uns den Leistungsumfang Comfort Plus vereinbart haben, erweitert dieser den Leistungsumfang Comfort der Debeka-AUB.

1 Erweiterter Unfallbegriff

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 und teilweiser Abänderung der Ziffer 5.1.1 der Debeka-AUB gelten folgende Ereignisse und daraus resultierende Gesundheitsschäden als Unfall:

1.1 Bewusstseinsstörung durch Alkoholkonsum

Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen, wenn die Blutalkoholkonzentration dabei unterhalb folgender Werte lag:

- beim Lenken eines motorisierten Fahrzeugs 1,1 Promille
- beim Lenken eines Fahrrads 1,6 Promille
- bei sonstigen Unfällen 2,0 Promille

Bei Unfällen mit Blutalkoholkonzentrationen ab diesen Grenzwerten prüfen wir den Versicherungsschutz.

1.2 Unfälle durch Zuckerschock bei Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krampfanfall

Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person infolge eines Zuckerschocks bei Diabetes, Schlaganfalls, Herzinfarkts oder Krampfanfalls zustoßen.

Versichert sind die Unfallfolgen, nicht jedoch die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ausschließlich durch den Zuckerschock bei Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krampfanfall hervorgerufen wurden.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet am Steuer eines PKW einen Schlaganfall und kollidiert deshalb mit einem Baum. Der erlittene Beinbruch ist versichert. Für die Sprachstörungen, als direkte Folge des Schlaganfalls, besteht hingegen kein Versicherungsschutz.

2 Ergänzung der Leistungsarten

In Ergänzung zu Ziffer 2 der Debeka-AUB sind folgende Leistungsarten mitversichert:

2.1 Koma-Tagegeld

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Sie haben nach Ziffer 2.3 der Debeka-AUB einen Anspruch auf Krankenhaustagegeld.
- Die versicherte Person liegt wegen eines Unfalls im Koma und befindet sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein zusätzliches Krankenhaustagegeld in gleicher Höhe, solange die unter Ziffer 2.1.1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Unsere Leistung ist auf die Dauer von 4 Jahren und einen Gesamtbetrag von 50.000 Euro beschränkt.

2.2 Sofortleistung bei bestimmten schweren Verletzungen

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Unfall eines der folgenden schweren Verletzungsbilder erlitten:

- Amputation mindestens einer Hand oder eines Fußes oberhalb des Hand- oder Sprunggelenks
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks mit aufgehobener Gebrauchsmotorik
- Schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT 3. Grads) mit zweifelsfrei nachgewiesener

- Hirnquetschung oder
- Hirnblutung

- Verbrennungen 2. oder 3. Grads von mindestens 20 Prozent der Körperoberfläche

- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung mindestens eines Auges. Bei einer Sehbehinderung beträgt die Sehschärfe je Auge nicht mehr als VISUS 0,05

- schwere Mehrfachverletzungen. Eine Mehrfachverletzung liegt vor, wenn mindestens 3 Verletzungen aus mindestens 2 der folgenden Gruppen vorliegen:

- **Gruppe 1:** Bruch eines oder mehrerer langer Röhrenknochen der Gliedmaßen. Dies sind im Arm der Oberarmknochen, Elle und Speiche sowie im Bein der Oberschenkelknochen, Schien- und Wadenbein. Mehrere Brüche innerhalb eines Gliedmaßenabschnitts gelten als ein Bruch.

- **Gruppe 2:** Bruch eines oder mehrerer Wirbelknochen, Beckenbruch oder Bruch des Schädeldachs, der Schädelbasis oder des Gesichtsschädels. Mehrere Brüche innerhalb der genannten Körperregionen gelten als ein Bruch.

- **Gruppe 3:** Gewebe zerstörende Schäden an inneren Organen (Herz, Lunge, Leber, Milz, Niere oder Darm)

- **Gruppe 4:** Bruch des Brustbeins oder von mindestens 3 Rippen

- Bruch eines oder mehrerer langer Röhrenknochen an mindestens 3 verschiedenen Gliedmaßen

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 2 Monaten nach dem Unfall, haben Sie keinen Anspruch auf die Sofortleistung.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Sofortleistung von pauschal 20.000 Euro unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.

Es erfolgt keine Anrechnung auf mögliche weitere Leistungsansprüche.

2.3 Einmalzahlung bei Knochenbruch

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Unfall einen oder mehrere Knochenbrüche erlitten. Bei Stress- oder Ermüdungsbrüchen sowie erkrankungsbedingten Brüchen, so genannte Spontanbrüche, besteht kein Anspruch auf eine Einmalzahlung.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Maßgeblich für die Höhe der Leistungspauschale ist, ob und wie lange die versicherte Person wegen des Knochenbruchs in einem Krankenhaus behandelt wurde. Für die Leistungsstufe werden folgende Behandlungen unterschieden:

- ambulant (ohne eine vollstationäre Krankenhausbehandlung)
- vollstationär in einem Krankenhaus mit einem Aufenthalt bis zu 9 Tage
- vollstationär in einem Krankenhaus mit einem Aufenthalt von 10 bis 28 Tage
- vollstationär in einem Krankenhaus mit einem Aufenthalt von über 28 Tage

Wir zahlen folgende Leistungspauschalen:

Leistungsstufe	Erwachsene	Kinder
ambulant	100 Euro	100 Euro
vollstationär bis 9 Tage	500 Euro	250 Euro
vollstationär 10 bis 28 Tage	1.000 Euro	500 Euro
vollstationär über 28 Tage	2.000 Euro	1.000 Euro

Sollte innerhalb von 1 Jahr nach der 1. ambulanten Behandlung aufgrund desselben Knochenbruchs ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich werden oder verlängert sich aufgrund desselben Knochenbruchs ein solcher über 9 oder 28 Tage hinaus, zahlen wir die nächsthöhere Stufe der vereinbarten Pauschale. Bereits erbrachte Leistungen werden dabei angerechnet. Bei mehreren vollstationären Aufenthalten aufgrund desselben Unfalls gilt die Gesamtzeit aller Krankenhausaufenthalte.

Wir zahlen unabhängig von der Anzahl oder Lage der Knochenbrüche oder dem Schweregrad des jeweiligen Knochenbruchs einmal je Unfallereignis.

3 Krankheiten und Gebrechen bei Bruch des Oberschenkels

Abweichend von Ziffer 3 der Debeka-AUB verzichten wir bei einem Bruch des Oberschenkelknochens oder des Oberschenkelhalses bei den Leistungsarten

- Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.3 der Debeka-AUB),
- zusätzliches Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.4 der Debeka-AUB),
- Todesfallsumme (Ziffer 2.5 der Debeka-AUB) und
- Einmalzahlung bei Knochenbruch (Ziffer 2.3 des Leistungsumfangs Comfort Plus)

auf die Anrechnung der Mitwirkung etwaiger Krankheiten und Gebrechen.

Leistungspaket ServicePlus

Ein Unfall kann das Leben plötzlich auf den Kopf stellen. Mit diesem Leistungspaket bieten wir qualifizierten Rat und praktische Hilfen, damit die versicherte Person schnellst- und bestmöglich in den Alltag zurückkehren kann.

Soweit Sie mit uns das Leistungspaket ServicePlus vereinbart haben, erweitert es den Leistungsumfang Comfort oder Comfort Plus der Debeka-AUB um die folgenden Assistance- und Rehabilitationsleistungen:

1 Was ist versichert?

- 1.1 Nach einem Unfall erbringen wir Assistance- und Rehabilitationsleistungen durch qualifizierte Dienstleister.
- 1.2 Die Assistance- und Rehabilitationsleistungen erbringen unsere Dienstleister ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhält die versicherte Person Assistance- und Rehabilitationsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch einen über diesen Vertrag versicherten Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt
- und benötigt
 - deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit) oder
 - eine aktive Begleitung des Heilverfahrens oder ein Rehabilitations-Management.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Den durch den Unfall entstandenen konkreten Bedarf an Assistance- und Rehabilitationsleistungen ermitteln unsere Dienstleister entsprechend der individuellen Situation der versicherten Person. Maßgeblich hierfür sind z. B.

- Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit,
- der Ablauf der Heilbehandlung,
- eventuelle medizinische Komplikationen und
- die berufliche Situation.

Den Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Debeka-AUB unsere Assistance- und Rehabilitationsleistungen nicht ein.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Assistanceleistungen

Unsere Dienstleister organisieren die folgenden Hilfsleistungen und wir übernehmen die Kosten.

3.1.1 Erstgespräch

Es erfolgt ein telefonischer Erstkontakt zur Ermittlung des jeweiligen Hilfs- und Unterstützungsbedarfs und eine Information über Art und Umfang der Hilfsleistungen.

3.1.2 Menüservice

Diese Leistung umfasst die tägliche Anlieferung einer Mahlzeit, nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment, an die versicherte Person und - sofern erforderlich - an die im selben Haushalt lebenden Kinder und Partner. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs als Tiefkühlkost jeweils wochenweise oder 14-tägig angeliefert.

3.1.3 Einkäufe und Besorgungen

Für die versicherte Person werden bis zu 2-mal in der Woche jeweils bis zu 2 Stunden Einkäufe zum täglichen Lebensbedarf und andere notwendige Besorgungen erledigt. Die Kosten für die Einkäufe, z. B. Lebensmittel, trägt die versicherte Person selbst.

3.1.4 Haushaltshilfe

Es werden für die versicherte Person die allgemein im Haushalt anfallenden Tätigkeiten, z. B. Blumen gießen oder Hilfe bei der Nahrungszubereitung, 1-mal in der Woche bis zu 3 Stunden erbracht.

3.1.5 Haushaltsreinigung

Die Wohnung oder das Haus (Wohn-, Schlafräume, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person wird 1-mal in der Woche bis zu 3 Stunden im üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass sich die Wohnung oder das Haus vor dem Versicherungsfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand.

3.1.6 Wäscheservice

Die Wäsche und Kleidung der versicherten Person werden 1-mal in der Woche bis zu 3 Stunden gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen auch das Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Pflege der Schuhe.

3.1.7 Fahrdienst

Die versicherte Person wird zu notwendigen Arzt-, Therapie- und - soweit persönliches Erscheinen erforderlich ist - auch zu Behördenterminen gebracht und abgeholt. Die Leistung steht bis zu 2-mal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern von dem Aufenthaltsort der versicherten Person zur Verfügung.

3.1.8 Begleitservice

Die versicherte Person wird zu notwendigen Arzt-, Therapie- und - soweit persönliches Erscheinen erforderlich ist - auch zu Behördenterminen begleitet. Die Leistung steht bis zu 2-mal in der Woche zur Verfügung.

3.1.9 Kindernotbetreuung

Für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahrs erhält die versicherte Person für bis zu insgesamt 10 Tage kurzfristig eine Notbetreuung.

3.1.10 Haustierbetreuung

Für gewöhnliche Haustiere der versicherten Person (Hunde, Katzen, Fische, Vögel oder andere Kleintiere) wird eine passende Tierbetreuung vermittelt. Wir übernehmen die Betreuungskosten bis zu insgesamt 10 Tage. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere für die eine behördliche Genehmigung nötig ist, z. B. Reptilien.

3.1.11 Hausnotrufdienst

Die versicherte Person erhält eine Hausnotrufanlage in ihrer Wohnung oder ihrem Haus.

3.1.12 Winterdienst

Für die versicherte Person wird der Winter- und Streudienst für die selbst bewohnte Wohnung oder das Haus übernommen.

3.1.13 Gartenpflege

Der Garten der versicherten Person wird 1-mal in der Woche bis zu 3 Stunden im üblichen Umfang instand gehalten. Die Leistung umfasst notwendige Arbeiten, wie z. B. den Rasenschnitt, das Schneiden von Hecken oder anderen Gehölzen im Sichtbereich oder das Entfernen von gefährlichem Astwerk.

3.1.14 Tag- und Nachtwache

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

3.1.15 Grundpflege

Die versicherte Person erhält eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege inklusive Teil- oder Ganzwaschungen, das An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, die Lagerung im Bett und die Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten. Die Leistung wird solange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens 4 Wochen und bis 21 Stunden pro Woche.

3.1.16 Rehabilitations- und Pflegeheimplätze

Für die versicherte Person wird ein Rehabilitations- oder Pflegeheimplatz vermittelt. Die Kosten für die Rehabilitations- und Pflegeheimplätze werden nicht übernommen.

3.1.17 Pflegehilfsmittel

Es werden Kooperationspartner zur Beschaffung von großen Pflegehilfsmitteln, z. B. Rollator oder Pflegebett, vermittelt. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel werden nicht übernommen.

3.2 Rehabilitationsleistungen

Unsere Dienstleister erbringen oder organisieren die folgenden Rehabilitationsleistungen und wir übernehmen die Kosten der Dienstleister.

3.2.1 Prüfung des Bedarfs

Im Rahmen eines Telefonats wird mit der versicherten Person - auf Wunsch auch mit den Angehörigen - der individuelle Bedarf an Rehabilitationsleistungen ermittelt. Dabei wird die medizinische, berufliche und soziale Situation berücksichtigt.

3.2.2 Aktive medizinische Begleitung

Die versicherte Person wird aktiv und regelmäßig von unseren Dienstleistern angerufen, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Die Dienstleister sichten die medizinischen Unterlagen und bewerten sie ebenso wie den Heilungsverlauf.

3.2.3 Medizinische Intervention

Wenn es bei der versicherten Person während des Heilungsverlaufs zu Komplikationen kommt oder die Nachbehandlung nicht ausreicht, wird eine fachärztliche Analyse erstellt und Empfehlungen zur weiteren Behandlung abgegeben.

3.2.4 Rehabilitations-Management

Für die versicherte Person wird ein individueller Rehabilitationsplan erstellt und die Umsetzung begleitet. Darüber hinaus erhält sie Unterstützung im Bereich der Pflege sowie hinsichtlich geeigneter Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation.

3.2.4.1 Medizinisches Rehabilitations-Management

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation umfasst dies beispielsweise die Empfehlung geeigneter Therapien und Maßnahmen, wie auch die Vermittlung von qualifizierten Leistungserbringern, z. B. Ärzten, Krankenhäusern oder Re-

habilitationseinrichtungen, zur Durchführung der Therapien und Maßnahmen. Die versicherte Person wird auch bei der Klärung von Kostenübernahmen und Antragsstellungen unterstützt.

3.2.4.2 Berufliches Rehabilitations-Management

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wird die versicherte Person über geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis oder eine berufliche Neuorientierung beraten und bei der Umsetzung unterstützt. Dies umfasst beispielsweise eine stufenweise Wiedereingliederung, eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

3.2.4.3 Rehabilitations-Management Pflege

Im Rahmen des Rehabilitations-Management Pflege wird der Pflegebedarf der versicherten Person ermittelt und Pflegeleistungen sowie Pflegeeinrichtungen benannt und vermittelt. Die Qualität der bereits bestehenden Pflege wird gesichtet und bei Bedarf neu organisiert.

3.2.4.4 Rehabilitations-Management Bau

Im Bereich des Rehabilitation-Managements Bau werden die gegebenen Wohnverhältnisse beurteilt und die behindertenbedingten Anforderungen ermittelt. Die versicherte Person erhält Unterstützung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum oder bei der Planung von Umbauten in der/dem bestehenden Wohnung oder Haus.

3.2.5 Behandlungskosten

Wenn unsere Dienstleister eine spezielle Behandlung der versicherten Person für erforderlich halten, um das Rehabilitationsziel zu erreichen, tragen wir die dafür anfallenden Kosten.

Voraussetzung ist, dass diese Kosten von keinem anderen Leistungsträger, insbesondere den Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

4 Wie lange und in welcher Höhe erhält die versicherte Person unsere Leistungen? Wie ist das Verhältnis zu den weiteren Leistungen aus der Unfallversicherung?

4.1 Assistenzleistungen

Wir erbringen die Assistenzleistungen (Ziffer 3.1), solange der Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für 9 Monate ab dem Tag des Unfalls.

4.2 Rehabilitationsleistungen

Wir erbringen die Rehabilitationsleistungen (Ziffer 3.2), solange der Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls und bis zu einer Gesamtsumme von 100.000 Euro.

4.3 Vorläufige Deckung

Wegen der gebotenen Eile erbringen unsere Dienstleister die Assistenz- und Rehabilitationsleistungen auch, wenn noch nicht feststeht, ob ein versicherter Unfall vorliegt. Auf unsere Leistungsprüfung für die anderen Leistungen aus der Unfallversicherung hat dies keinen Einfluss.

Sollte sich im Rahmen der Prüfung unserer Leistungspflicht aus der Unfallversicherung herausstellen, dass wir dort zu keiner Leistung verpflichtet sind, stellen wir auch die Assistenz- und Rehabilitationsleistungen ein.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 der Debeka-AUB gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Auskünfte zum Gesundheitszustand und zu sonstigen Leistungsträgern

Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir und unsere Dienstleister Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Des Weiteren benötigen wir und unsere Dienstleister Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-, Versorgungs- oder Leistungsträgern.
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen dieser Träger.

Sie oder die versicherte Person müssen uns und den Dienstleistern diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

5.2 Folgen einer Obliegenheitsverletzung

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Die Ziffer 8 der Debeka-AUB gilt entsprechend.

6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

7 Kündigung

In Ergänzung zu Ziffer 10.2.2 der Debeka-AUB können Sie und wir dieses Leistungspaket mit einer Frist von 3 Monaten vor dem Ablauf der Vertragszeit kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.

Leistungspaket Unfallschutzversicherung

Soweit Sie mit uns das Leistungspaket Unfallschutzversicherung vereinbart haben, erweitert es den Leistungsumfang Comfort oder Comfort Plus der Debeka-AUB.

Wir ersetzen den unfallbedingten Personenschaden so, als ob ein Dritter schadensersatzpflichtig wäre. Dabei leisten wir nach den deutschen gesetzlichen Schadensersatzbestimmungen des Privatrechts abschließend für die in Ziffer 2.1 bis 2.5 aufgeführten Leistungspositionen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Verletzungsbilder

Die versicherte Person hat bei einem Unfall eines der folgenden schweren Verletzungsbilder erlitten:

- Amputation mindestens einer Hand oder eines Fußes oberhalb des Hand- oder Sprunggelenks
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks mit aufgehobener Gebrauchsmotorik
- Schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT 3. Grads) mit zweifelsfrei nachgewiesener
 - Hirnquetschung oder
 - Hirnblutung
- Verbrennungen 2. oder 3. Grads von mindestens 20 Prozent der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung mindestens eines Auges. Bei einer Sehbehinderung beträgt die Sehschärfe je Auge nicht mehr als VISUS 0,05
- schwere Mehrfachverletzungen. Eine Mehrfachverletzung liegt vor, wenn mindestens 3 Verletzungen aus mindestens 2 der folgenden Gruppen vorliegen:
 - **Gruppe 1:** Bruch eines oder mehrerer langer Röhrenknochen der Gliedmaßen. Dies sind im Arm der Oberarmknochen, Elle und Speiche sowie im Bein der Oberschenkelknochen, Schien- und Wadenbein. Mehrere Brüche innerhalb eines Gliedmaßenabschnitts gelten als ein Bruch.
 - **Gruppe 2:** Bruch eines oder mehrerer Wirbelknochen, Beckenbruch oder Bruch des Schädeldachs, der Schädelbasis oder des Gesichtsschädels. Mehrere Brüche innerhalb der genannten Körperregionen gelten als ein Bruch.
 - **Gruppe 3:** Gewebe zerstörende Schäden an inneren Organen (Herz, Lunge, Leber, Milz, Niere oder Darm)
 - **Gruppe 4:** Bruch des Brustbeins oder von mindestens 3 Rippen
- Bruch eines oder mehrerer langer Röhrenknochen an mindestens 3 verschiedenen Gliedmaßen

1.2 Ärztliche Feststellung und Geltendmachung

Sie müssen uns die Verletzungen innerhalb von 3 Monaten anzeigen und durch einen ärztlichen Befundbericht nachweisen.

1.3 Vorrangige Leistungspflicht Dritter

Wir erbringen keine Leistungen, wenn Sie oder die versicherte Person gegenüber Dritten (z. B. Schädiger, Haftpflichtversicherer, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Arbeitgeber) aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen Anspruch auf Ersatz des Schadens oder Anspruch auf deckungsgleiche (kongruente) Leistungen haben.

Ausnahme:

Soweit Sie oder die versicherte Person einen solchen Anspruch nicht Erfolg versprechend durchsetzen können, leisten wir dennoch, wenn nachfolgende Voraussetzungen vorliegen:

Sie oder die versicherte Person haben

- den Anspruch schriftlich geltend gemacht,
- weitere zur Durchsetzung des Anspruchs erforderliche und zumutbare Anstrengungen unternommen und
- den Anspruch wirksam an uns abgetreten.

Vereinbarungen, die Sie oder die versicherte Person mit Dritten über diese Ansprüche treffen (z. B. ein Abfindungsvergleich), binden uns nur, wenn wir vorher zugestimmt haben.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen insgesamt bis zu 5 Millionen Euro je Schadensfall und längstens für 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des Unfalls. Die Zahlungen aus dem Leistungsumfang Comfort und Comfort Plus werden nicht angerechnet.

2.1 Verdienstausschlag

Wir leisten für den Verdienstausschlag.

2.2 Kosten für eine Haushaltshilfe

Wir erstatten die ortsüblichen, tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten einer Haushaltshilfe.

2.3 Kosten für behindertengerechte Umbauten und Umzug

Wir ersetzen die Kosten für den behindertengerechten Umbau

- einer von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder eines von ihr bewohnten Hauses. Soweit ein Umzug erforderlich ist, übernehmen wir auch diese Kosten.
- eines von der versicherten Person genutzten Kfz.

Unsere Leistung für sämtliche Umbauten und Umzüge ist auf 500.000 Euro beschränkt.

2.4 Kosten für behindertengerechte Mehraufwendungen

Wir ersetzen Kosten für folgende behindertengerechte Mehraufwendungen:

- eine staatlich anerkannte berufliche Umschulungsmaßnahme
- eine Fortbildung, wie das Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache
- die Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhunds
- die Anschaffung von Prothesen oder Hilfsmitteln

Unsere Leistung für sämtliche behindertengerechte Mehraufwendungen ist auf 50.000 Euro beschränkt.

2.5 Schmerzensgeld

Wir zahlen ein Schmerzensgeld.

Unsere Leistung für das Schmerzensgeld ist auf 500.000 Euro beschränkt.

2.6 Ansprüche Dritter

Ansprüche, die von anderen Versicherern, Arbeitgebern, Dienstherren und Sozialversicherungsträgern gegen uns geltend gemacht werden, sind ausgeschlossen.

2.7 Rechtsanwaltsgebühren

Die Erstattung von Rechtsanwaltsgebühren zur Durchsetzung der unter den Ziffern 2.1 bis 2.5 genannten Leistungen ist ausgeschlossen.

3 Kündigung

In Ergänzung zu Ziffer 10.2.2 der Debeka-AUB können Sie und wir dieses Leistungspaket mit einer Frist von 3 Monaten vor dem Ablauf der Vertragszeit kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.