NV-Versicherungen VVaG
Alles bestens.

Allgemeine Versicherungsbedingungen
NV UnfallPremium 5.0

Inhaltsverzeichnis

Teil A

Seite 7	Abschnitt A1 Versicherungsumfang
1.	Was ist versichert
1.1	Grundsatz
1.2	Geltungsbereich
1.3	Unfallbegriff
1.4	Erweiterter Unfallbegriff
1.4.1	Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung
1.4.2	Oberschenkelhalsfraktur oder Armfraktur
1.4.3	Dämpfe und Gase
1.4.4	Vergiftung durch Einatmung schädlicher Stoffe
1.4.5	Vergiftung durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
1.4.6	Tauchtypische Gesundheitsschäden
1.4.7	Ertrinken, Ersticken, Erfrieren und unfreiwilliger Nahrungsmittel- oder Flüssigkeitsentzug
1.4.8	Sonnenbrand oder -stich
1.4.9	Höhenkrankheit
1.4.10	Druckwellen und sonstige Einwirkungen
1.4.11	Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
1.4.12	Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen
1.4.13	Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen
1.4.14	Blutvergiftungen und Wundinfektionen
1.4.15	Allergische Reaktionen / stationäre Desensibilisierungsmaßnahme
1.4.16	Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung / Geiselnahme
1.4.17	Blutungen innerer Organe
1.4.18	Bewusstseinsstörungen durch Herz- oder Kreislaufstörung, Schlaganfall, Übermüdung, Alkohol, Medikamente, epileptische- oder andere Krampfanfälle
1.4.19	Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge
1.4.20	Infektionen
1.4.21	Strahlenschäden
1.4.22	Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut
1.4.23	Psychische Störungen durch Unfall
1.4.24	Einschränkung unserer Leistungspflicht
2.	Leistungsarten
2.1	Invaliditätsleistung
2.1.1	Voraussetzungen für die Leistungen
2.1.2	Art und Höhe der Leistung
2.2	Unfallrente - sofern vereinbart -
2.2.1	Voraussetzungen für die Leistung

2.2.2	Art und Höhe der Leistung
2.2.3	Beginn und Dauer der Leistung
2.3	Übergangsleistung - sofern vereinbart -
2.3.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.3.2	Art und Höhe der Leistung
2.3.3	Sofortleistung bei schweren Verletzungen
2.4	Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld - sofern vereinbart -
2.4.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung
2.4.3	Unfall im Ausland
2.5	Todesfallleistung - sofern vereinbart -
2.5.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.5.2	Art und Höhe der Leistung
2.5.3	Doppelte Todesfallleistung
2.6	Kosten für kosmetische Operationen
2.6.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.6.2	Art und Höhe der Leistung
2.6.3	Kosmetische Operation infolge Brustkrebs
2.7	Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze
2.7.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.7.2	Art und Höhe der Leistung
2.8	Kostenübernahme für logopädische Behandlungen
2.9	Psychologische Betreuung
2.10	Kurkostenbeihilfe
2.11	Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen
2.12	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen und Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln
2.13	Physiotherapie und Osteopathie
2.14	Kapitalleistung bei Taubheit oder Blindheit
2.15	Schmerzensgeld bei Knochenbruch
2.16	Komageld
2.17	Wellness-Urlaub
2.18	Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall
2.19	Helmgeld
2.20	Fitnessgerät / Fitnessstudio
2.21	Versorgung von Haustieren
2.22	Ersatz von Hausratschäden
2.23	Brillenersatz
2.23.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.23.2	Art und Höhe der Leistung
2.24	Künftige Bedingungsverbesserungen
2.25	Leistungsgarantie gegenüber GDV Musterbedingungen
2.26	Besitzstandsgarantie
2.26.1	Leistungsumfang
2.26.2	Leistungsvoraussetzungen
2.26.3	Einschränkungen

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 einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?
6.1	Umstellung des Kindertarifs
6.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
6.2.1	Mitteilung der Änderung
6.2.2	Auswirkungen der Änderung
6.3	Versicherungsschutz ab Vollendung 67. Lebensjahr
Seite 32 Abschnitt A2	**Mitversicherte Unfälle**
1.	Fahrtveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten
2.	Passives Kriegsrisiko
3.	Luftfahrtunfälle
Seite 33 Abschnitt A3	**Zusätzliche Leistungen für Kinder**
1.	Rooming-in
2.	Unerlaubtes Fahren von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein
3.	Umgang mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern
4.	Vollwaisenrente
5.	Nachhilfeunterricht
6.	Beitragsbefreiung im Todesfall
Seite 36 Abschnitt A4	**Progression**
1.	Progressive Invaliditätsstaffel 225 %
2.	Progressive Invaliditätsstaffel 350 %
3.	Progressive Invaliditätsstaffel 500 %
Seite 39 Abschnitt A5	**Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag**
1.	Zuwachs von Leistungen und Beitrag (Dynamik)
1.1	Leistungsarten
1.2	Anpassung der Versicherungssummen
1.3	Anpassung des Beitrags
1.4	Verfahren
1.5	Ende der Dynamik
2.	Beitragsanpassung
3.	Altersstaffelung

Teil B	**Allgemeiner Teil**
Seite 41 Abschnitt B1	**Leistungsfall**
1.	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
2.	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
3.	Wann sind die Leistungen fällig

3.1	Erklärung über die Leistungspflicht
3.2	Fälligkeit der Leistung
3.3	Vorschüsse
3.3.1	Vorschuss auf Invaliditätsleistung trotz fehlender Todesfallsumme
3.4	Neubemessung des Invaliditätsgrads
4.	Versehensklausel
Seite 44 Abschnitt B2	**Die Versicherungsvertragsdauer**
1.	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
1.1	Beginn des Versicherungsschutzes
1.2	Dauer und Ende des Vertrages
1.2.1	Stillschweigende Verlängerung
1.2.2	Vertragsbeendigung
1.2.3	Arbeitslosigkeit
1.2.4	Außerkraftsetzung bei Arbeitsunfähigkeit
1.3	Kündigung nach Versicherungsfall
1.4	Versicherungsjahr
1.5	Vorsorge
1.5.1	Vorsorgeversicherung für Neugeborene
1.5.2	Vorsorgeversicherung bei Eheschließung
Seite 47 Abschnitt B3	**Der Versicherungsbeitrag**
1.	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
1.1	Beitrag und Versicherungssteuer
1.1.1	Beitragszahlung und Versicherungsperiode
1.1.2	Versicherungssteuer
1.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag
1.2.1	Fälligkeit der Zahlung
1.2.2	Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
1.2.3	Rücktritt
1.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
1.3.1	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
1.3.2	Verzug
1.3.3	Zahlungsfrist
1.3.4	Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
1.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
1.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
1.6	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Seite 49 Abschnitt B4	**Weitere Bestimmungen**
1.	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
1.1	Fremdversicherung
1.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
2.	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
2.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht
2.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

2.2.1	Rücktritt
2.2.2	Kündigung
2.2.3	Vertragsänderung
2.3	Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte
2.4	Anfechtung
2.5	Erweiterung des Versicherungsschutzes
3.	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
3.1	Gesetzliche Verjährung
3.2	Aussetzung der Verjährung
4.	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?
4.1	Ihre Beschwerdemöglichkeiten
4.1.1	Versicherungsombudsmann
4.1.2	Versicherungsaufsicht
4.1.3	Unser Beschwerdemanagement
4.2	Zuständige Gerichte
5.	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
6.	Welches Recht findet Anwendung?
7.	Embargobestimmungen

Abschnitt C

Seite 55 Abschnitt C1 Assistance-Paket

1.	Was ist versichert?
2.	Wann und in welchem Umfang erhält die versicherte Person Assistanceleistungen?
2.1	Voraussetzung für die Leistung
2.2	Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung
2.3	Mitwirkung
3.	Welche Leistungen sind versichert?
3.1	Erstgespräch
3.2	Menüservice
3.3	Einkäufe und Besorgungen
3.4	Haushaltshilfe
3.5	Haushaltsreinigung
3.6	Wäscheservice
3.7	Fahrdienst
3.8	Begleitservice
3.9	Kindernotbetreuung
3.10	Haustierbetreuung
3.11	Hausnotrufdienst
3.12	Winterdienst
3.13	Gartenpflege
3.14	Tag- und Nachtwache
3.15	Grundpflege
3.16	Rehabilitations- und Pflegeheimplätze

3.17	Pflegehilfsmittel
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	Assistanceleistungen
4.2	Vorläufige Deckung
5.	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
5.1	Auskünfte zum Gesundheitszustand und zu sonstigen Leistungsträgen
5.2	Folgen einer Obliegenheitsverletzung
6.	Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
7.	Kündigung
Seite 59	**Abschnitt C2 Rehabilitations-Paket**
1.	Was ist versichert?
2.	Wann und in welchem Umfang erhält die versicherte Person Rehabilitationsleistungen?
2.1	Voraussetzung für die Leistung
2.2	Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung
2.3	Mitwirkung
3.	Welche Leistungen sind versichert?
3.1	Prüfung des Bedarfs
3.2	Aktive medizinische Begleitung
3.3	Medizinische Intervention
3.4	Rehabilitations-Management
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	Rehabilitationsleistungen
4.2	Vorläufige Deckung
5.	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
5.1	Auskünfte zum Gesundheitszustand und zu sonstigen Leistungsträgern
5.2	Folgen einer Obliegenheitsverletzung
6.	Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
7.	Kündigung
Seite 62	**Abschnitt C3 Paket für Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung - sofern vereinbart -**
1.	Voraussetzungen für die Leistung
2.	Telefonische Pflegeberatung
3.	Pflegegradmanagement bei Bedarf und nach Indikationsstufe
3.1	Erstantrag
3.2	Höherstufung
3.3	Widerspruch
4.	Auskünfte zum Gesundheitszustand und zu sonstigen Leistungsfragen
5.	Welche vertraglichen bestehen zu Dienstleistern
6.	Kündigung

Teil A

Abschnitt A1 Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerren oder zerreißen,
- Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
- Schädigungen an Gliedmaßen, Meniskus oder Wirbelsäule erleidet.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

1.4.2 Oberschenkelhalsfraktur oder Armfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch eine Eigenbewegung – unabhängig von einem Unfallereignis – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur erleidet.

1.4.3 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu sieben Tagen ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.4 Vergiftung durch Einatmung schädlicher Stoffe

Bei Vergiftungen durch Einatmung von sonstigen schädlichen Stoffen wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses jedenfalls auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande gekommenen Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

1.4.5 Vergiftung durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Folgen von

- Nahrungsmittelvergiftungen und Nahrungsmittelallergien
- Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- Vergiftungen durch Pflanzen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und / oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst waren,

sind mitversichert.

1.4.6 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen erstatten wir bis zu einem Betrag in Höhe von maximal 1.000.000 Euro je Schadenfall. Eine Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die gültigen Tauchregeln für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

1.4.7 Ertrinken, Ersticken, Erfrieren und unfreiwilliger Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug

Als Unfallereignis gelten auch

- Ertrinken,
- unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

1.4.8 Sonnenbrand oder -stich

Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.9 Höhenkrankheit

Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder ein Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

1.4.10 Druckwellen und sonstige Einwirkungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Explosions-, Schall- oder sonst. Druckwellen (z.B. Knalltrauma),
- mechanischer (z.B. Sturz), chemischer (z.B. Verätzung) oder elektrischer (z.B. Stromschlag) Einwirkung,

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.11 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei (rechtmäßiger Verteidigung oder) der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.12 Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.13 Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen

Als Unfallereignis gelten auch von behördlich anerkannten Instituten (z.B. Paul-Ehrlich-Institut) bestätigte Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen.

1.4.14 Blutvergiftungen und Wundinfektionen

Als Folge eines Unfallereignisses sind zudem mitversichert:

a) Blutvergiftungen und Wundinfektionen,

b) Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde,

c) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

1.4.15 Allergische Reaktionen/ stationäre Desensibilisierungsmaßnahme

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

Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.

1.4.16 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung / Geiselnahme

Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (siehe Abschnitt A1 Ziffer 3) vorgenommen wird.

1.4.17 Blutungen innerer Organe

Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen gelten als mitversichert.

1.4.18 Bewusstseinsstörungen durch Herz- oder Kreislaufstörung, Schlaganfall, Übermüdung, Alkohol, Medikamente, epileptische oder andere Krampfanfälle

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.

Als mitversichert gelten Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen durch

- ein Unfallereignis nach Abschnitt A1 Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
- einen epileptischen Unfall oder Krampfanfall,
- Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,6 Promille beträgt.
- Einnahme von Medikamenten,
- ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen“, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt worden ist,
- Herz- oder Kreislaufstörungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind,
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln, Sekundenschlaf und Erschrecken,
- einen Zuckerschock (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.

Grundsätzlich bieten wir keinen Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

1.4.19 Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall auftreten, als mitversichert.

1.4.20 Infektionen

Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:

a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Fleckfieber, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, spinale Kinderlähmung, Tollwut, Tuberkulose, Tularämie, Typhus, Windpocken und Wundstarrkrampf.

b) Die Person infiziert sich

- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten.
  Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Abschnitt A1 Ziffer 5.2.2).

c) Alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Meningitis oder Zecken-Enzephalitis/FSME).

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) bis c) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Absatz b) erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.

1.4.21 Strahlenschäden

Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt

gelten als mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen, Berufskrankheiten sind oder durch Kernenergie verursacht wurden.

1.4.22 Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut

Gesundheitsschäden die durch das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut entstehen, gelten als mitversichert.

1.4.23 Psychische Störungen durch Unfall

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

1.4.24 Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle, Personen und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkte Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Abschnitt A1 Ziffer 3), nicht versicherte Personen (Abschnitt A1 Ziffer 4) sowie zu den Ausschlüssen
(Abschnitt A1 Ziffer 5).

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzung 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. Für eine Entschädigungsberechnung sind die am Unfalltag gültigen Versicherungssummen maßgebend.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistungen

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss innerhalb von

- 24 Monaten eingetreten sein und
- innerhalb von 36 Monaten ärztlich festgestellt sein.

Die Fristen beginnen vom Unfalltag an gerechnet.

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.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Abschnitt A1 Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Abschnitt A1 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 (Abschnitt A1 Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Abschnitt B1 Ziffer 3.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe/ Invaliditätsgrade

a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb Ellenbogen	80 %
• Arm unterhalb Ellenbogen	80 %
• Hand	75 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	20 %
• andere Finger	15 %
• sämtliche Finger einer Hand	70 %
• Bein über Mitte Oberschenkel	80 %
• Bein bis Mitte Oberschenkel	80 %
• Bein bis unterhalb Knie	80 %
• Bein bis Mitte Unterschenkel	80 %
• Fuß	60 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	10 %
• Auge	65 %
• sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war.	90 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• sofern das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war	90 %
• Geschmackssinn	20 %
• Geruchssinn	20 %
• Stimmverlust	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren (oder eine Niere, wenn die andere bereits verloren war)	100 %
• Milz	10 %
• Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	20 %
• ein Lungenflügel	50 %

b) Für die in Absatz a) genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) können Sie anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade eine Bemessung nach Ziffer 2.1.2.2.2 verlangen.

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

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 Abschnitt A1 Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Die Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Abschnitt A1 Ziffer 2.1.1.4**)**, und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Abschnitt A1 Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfallrente - sofern vereinbart -

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %. Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Abschnitt A1 Ziffer 3 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Abschnitt A1 Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Abschnitt A1 Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Auch ein vereinbarter Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik), bleibt unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ersten des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Abschnitt B1 Ziffer 3.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

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

2.2.3.3 Partner-/ Vollwaisenrente

Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisenrente von 70 % der Unfallrente geleistet.

a) Die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet.
b) Die Vollwaisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilsmäßig aufgeteilt.

2.3 Übergangsleistung - sofern vereinbart -

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3.3 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Die Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

a) Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,

c) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,

d) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,

e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,

f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder von zwei Knochen – nicht jedoch von Elle und Speiche desselben Armes oder von Schien- und Wadenbein desselben Beines):

- Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
- Wirbelkörperbruch,
- Beckenbruch,
- gewebezerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren.

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Die Leistungen sind auf 20 % der Invaliditätsgrundsumme max. 20.000 Euro begrenzt.

2.4 Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld - sofern vereinbart -

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

a) Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.
  Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

b) Das Genesungsgeld wird gezahlt, wenn die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen wurde und einen Anspruch auf Krankenhaustagegeld hatte.

c) Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld wird auch geleistet bei einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt oder im Erholungsheim.

d) Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

a) Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 1.825 Tage ab dem Tag des Unfalls.
- in Höhe von sieben Tagessätzen bei ambulanten chirurgischen Operationen

b) Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

c) Bei einem durch bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung erlittenen Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch bleibt der Anspruch für maximal sieben Tage bestehen.

d) Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens sieben Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

e) Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 Euro pro nachgewiesenen Behandlungstag erstattet, sofern Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltkosten durch die jeweilige Krankenkasse

2.4.3 Unfall im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir

- für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land,
- höchstens jedoch für 60 Tage,
- den doppelten (mit Genesungsgeld den dreifachen) Krankenhaustagegeldsatz.

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

2.5 Todesfallleistung - sofern vereinbart -

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Eine Meldefrist für Ansprüche bei Unfalltod nach Kenntnisnahme entfällt.

Der unfallbedingte Tod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtwirksam für Tod erklärte wurde. Die Leistung ist begrenzt auf die vereinbarte Todesfallsumme. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Es erfolgt kein Einwand von Geistes- oder Bewusstseinsstörung bei Unfalltod.

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

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.3 Doppelte Todesfallleistung

Versterben beide versicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 100.000 Euro.

Die doppelte vereinbarte Todesfallsumme leisten wir, wenn die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt wird. Die Gesamtleistung ist auf 50.000 Euro begrenzt.
Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

2.6 Kosten für kosmetische Operationen

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnarzt-, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden,
- Kosten zur Reparatur von Zahnspangen

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.6.3 Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

2.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

2.6.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis 10.000 Euro Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt. Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.6.3.3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
- Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

2.7 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt- oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person oder
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz

entstanden.

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

a) Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

b) Bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens sieben Tage dauert, erstatten wir die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) im Rahmen der Versicherungssumme Abschnitt A1 Ziffer 2.1 auch ohne medizinische Notwendigkeit.

c) Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir zusätzlich die entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende Familienangehörige.

d) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

Nachfolgende Kosten gelten als zusätzlich mitversichert, sofern sie nicht von Dritten übernommen werden:

e) Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis 500 Euro.

f) Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Mehrkosten der Heimreise- und Übernachtungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisendem Partner der versicherten Person. Neben den Mehrkosten für die Heimreise und die Übernachtung übernehmen wir bis zu 500 Euro pro Person auch zusätzliche Verpflegungskosten. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen tragen wir die entstehenden Kosten für die Begleitperson.

g) Muss die Alleinreisende versicherte Person aufgrund eines während einer Reise erlittenen Unfalls im Krankenhaus behandelt werden und dauert der Krankenhausaufenthalt am Unfallort über den geplanten Rückreisetermin hinaus an, so übernehmen wir darüber hinaus für eine nahestehende Person für den Krankenhausbesuch entstehenden Verpflegungs- und Übernachtungskosten bis 500 Euro, sowie die Hin- und Rückreisekosten (maximal für die Entfernung zwischen dem Wohnsitz der versicherten Person und dem Ort des Krankenhausaufenthaltes).

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.8 Kostenübernahme für logopädische Behandlung

Wir übernehmen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, die entstehenden, nachgewiesenen Kosten für eine logopädische Behandlung bis zu einer Höhe von 5.000 Euro, sofern diese Behandlung ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich ist.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.9 Psychologische Betreuung

Wird aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung oder des Unfalltodes einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, übernehmen wir die dabei entstehenden Kosten für maximal zehn Sitzungen, bis max. 1.000 Euro.

Diese Leistung kann längstens bis zum Ende des zweiten Unfalljahres, vom Unfalltag an gerechnet, beansprucht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei NV-Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

2.10 Kurkostenbeihilfe

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Abschnitt A1 Ziffer 1.3 eine Kurkostenbeihilfe bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrages, wenn die versicherte Person

   - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
   - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
   - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat.

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

3. Maßnahmen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund stehen, gelten nicht als Kur.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.11 Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen

Falls in Folge eines Unfallereignisses Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 5.000 Euro.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten bezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

2.12 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen und Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln

1. Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem unter diesen Vertrag versicherten Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 60.000 Euro, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität gemäß Abschnitt A1 Ziffer 2.1 erforderlich sind:

   a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,

   b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,

   c) Prothesen und nachfolgende Hilfsmittel, sofern medizinisch verordnet:

      - Gehhilfen
      - Krankenfahrstuhl
      - Orthesen
      - Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
      - Schienenapparate
      - Hörgeräte
      - Kunstauge
      - Rollstuhl

   d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für staatlich anerkannte Umschulungsmaßnahmen,

   e) Blindenhund.

2. Die innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen übernehmen wir bis zur Höhe von 25.000 Euro, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität gemäß Abschnitt A1 Ziffer 2.1 erforderlich sind.

   Die Erstattung der Kosten erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität in Verlängerung der Frist nach Abschnitt B1 Ziff. 3.4 noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.13 Physiotherapie und Osteopathie

Sind nach einem Unfall gem. Abschnitt A1 Ziffer 1.3 eine der folgenden Therapien notwendig, die vom Sozialversicherungsträger oder privaten Krankenversicherer nicht erstattet werden, übernehmen wir die Kosten bis zu einem Betrag von 1.000 Euro (inkl. Eigenanteil). Therapien sind:

- Massagetherapie
- Lymphdrainage
- Bewegungstherapie
- Krankengymnastik
- Traktionsbehandlung
- Elektrotherapie
- Wärme- und Kältetherapie
- Stoßwellentherapie
- Medi-Taping
- Osteopathische Behandlung

Es ist ein Attest eines Arztes/ Heilpraktikers über die Art der Verletzung und die empfohlene Therapie einzureichen.

2.14 Kapitalleistung bei Taubheit oder Blindheit

Zusätzlich vereinbart gilt eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 Euro bei während der Vertragslaufzeit eintretenden vollständigen

- Taubheit oder
- Blindheit

der versicherten Person, sofern eine HNO-Ärztliche/ Augenärztliche Diagnose vorliegt.

2.15 Schmerzensgeld bei Knochenbruch

Erleidet die versicherte Person durch ein versichertes Unfallereignis den Bruch eines Knochens und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 300 Euro, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist.
Ein Knochenbruch/ Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung.

Nicht versichert sind Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.16 Komageld

Wir zahlen innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, bis max. 50 Tage, an dem die versicherte Person sich in einem Koma (jedes Koma – auch ein ärztlich verordnetes Koma) befindet.

2.17 Wellness-Urlaub

Die NV beteiligt sich an den Kosten eines Erholungsurlaubes im Nordseeheilbad Neuharlingersiel mit bis zu 2.000 Euro.

Voraussetzungen und Höhe der Kostenbeteiligung:

a) Der Urlaub ist zu buchen über den:

Kurverein Neuharlingersiel e. V.
Edo-Edzards-Str. 1
26427 Neuharlingersiel
Telefon: 04974 188-0
Telefax: 04974 188-82
Internet: www.neuharlingersiel.de
E-Mail: info@neuharlingersiel.de

b) Der Versicherungsnehmer erbringt den Nachweis, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls sich in einem stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen befand. Der ununterbrochene Krankenhausaufenthalt erfolgte innerhalb von drei Monaten nach dem Unfallereignis. Nach Vorlage der Belege beteiligt sich die NV an den Kosten mit bis zu 2.000 Euro.

c) Unabhängig von der Anzahl der verletzten und versicherten Personen, werden die Kosten einmalig je versichertem Unfallereignis erstattet. Der Erholungsurlaub muss innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfallereignisses angetreten werden.

d) Eine Auszahlung des Restguthabens ist nicht möglich.

2.18 Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall

Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten, die Ihnen von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.
Wir leisten insgesamt bis 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 Euro.
Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.19 Helmgeld

Hat die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls eine Invalidität gemäß Abschnitt A1 Ziffer 2.1. erlitten und zum Zeitpunkt des Unfallereignisses nachweisbar einen Helm getragen, zahlen wir einmalig einen Betrag in Höhe von 500 Euro. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

2.20 Fitnessgerät/ Fitnessstudio

Besteht für die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls eine Invalidität gemäß Abschnitt A1 Ziffer 2.1. zahlen wir für ein Fitnessgerät oder die Teilnahme an einem Fitnessprogramm in einem Fitnessstudio einmalig einen Betrag in Höhe von 1.000 Euro. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

Es ist ein Attest eines Arztes über die Art der Verletzung und das empfohlene Fitnessgerät oder Fitnessprogramm in einem Fitnessstudio einzureichen.

2.21 Versorgung von Haustieren

Die Organisation des Heimtransportes bei Reisen mitgenommener Tiere (innerhalb Deutschland im Hilfspaket mitversichert) und die Versorgung von Haustieren gelten unter folgenden Voraussetzungen als mitversichert:

a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.

b) Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.

c) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 40 Euro pro Tag.

d) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 100 Tage nach dem Unfallereignis.

2.22 Ersatz von Hausratschäden

Führt ein Unfall einer versicherten Person zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt und werden in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem Unfall im Rahmen des NV-Hausratvertrags versicherte Fahrräder, Gepäckstücke, Kleidung oder sonstiger Hausrat einer versicherten Person beschädigt oder zerstört, werden die Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten dieser Sachen ersetzt.

Es gelten folgende Voraussetzungen:

a) Zum Unfallzeitpunkt bestand ein ungekündigter Hausratversicherungsvertrag bei der NV Versicherung.

b) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Haftpflichtversicherer) in Anspruch genommen werden kann, kann der Erstattungsanspruch aus diesem Vertrag nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer der Hausratversicherung auch direkt an die NV wenden.

c) Die Erstattung der Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten des Hausrats ist auf insgesamt 2.000 Euro begrenzt.

2.23 Brillenersatz

2.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

a) Die versicherte Person hatte einen unter den Vertrag fallenden Unfall mit vollstationärem Krankenhausaufenthalt bei dem Brille beschädigt oder zerstört wurde.

b) Der Kauf-/ Anschaffungsbeleg wird im Original vorgelegt.

c) Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.23.2 Art und Höhe der Leistung

a) Es wird Ersatz für die Reparaturkosten bzw. Wiederbeschaffung bei Totalschaden einer Brille bis zu einer Höhe von 1.000 Euro geleistet.

b) Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

c) Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.24 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen oder die besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

2.25 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

1. Wir garantieren Ihnen, dass die AVB NV UnfallPremium 5.0 ausschließlich zu Ihrem Vorteil von denen des GDV abweichen.

2. Ferner garantieren wir die Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

2.26 Besitzstandsgarantie

Die Besitzstandsgarantie beschreibt die Vorgehensweise zur Regulierung im Schadenfall. Sie gilt für die private Unfallversicherung im Hause der NV Versicherungen und kommt zum Tragen, wenn die Leistung Ihrer Unfallversicherung zu einer niedrigeren Leistung führt als bei dem Vertrag der Vorversicherung.

2.26.1 Leistungsumfang

Im Leistungsfall regulieren wir, sofern Sie es wünschen, nach den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags bei einem anderen Versicherungsunternehmen, wenn diese für Sie besser waren.

2.26.2 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzungen für diese Leistungen sind:

a) die Unfallversicherung bestand bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen,

b) für mindestens drei Jahre,

c) zwischen Ablauf des Vertrags und Beginn unseres Vertrags lagen maximal drei Monate.

2.26.3 Einschränkungen

a) Die Maximalentschädigung entspricht der Höchstsumme der jeweiligen beitragspflichtigen Leistungsart, die bei uns vereinbart ist.

b) Abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen finden keine Anwendung.

c) Bei beitragsfrei vereinbarten Leistungen werden höhere Versicherungssummen beim Vorversicherer bis maximal 20.000 Euro über unsere Versicherungssummen hinaus berücksichtigt.

d) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für individuell vereinbarte Risikoausschlüsse (z.B. Vorerkrankungen).

e) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für die Leistungsart Unfallrente, bei einem Invaliditätsgrad unter 50 %, sowie die Dynamisierung von Unfallrenten nach dem Leistungsfall.

f) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Assistance- und sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen.

g) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z.B. Dread-Disease-Versicherung, Pflegetagegeldversicherung, Pflegerenten, Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr).

h) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für Luftfahrtunfälle, Unfälle bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen, Unfälle durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden, Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

3.2 Mitwirkung

3.2.1 Wir verzichten auf die Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen.

3.2.2 Der Mitwirkungsverzicht gilt nicht für Personen, die an einer oder mehrerer folgender Krankheiten leiden:

- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Glasknochenkrankheit

Für die betroffenen Personen gilt die Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen ab einem Mitwirkungsanteil von 50 %.

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

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

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige (Pflegegrad 3 bis 5) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. (siehe § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit).

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Abschnitt A1 Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

<u>Ausnahme:</u>

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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.

5.1.3 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Abschnitt A1 Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

6. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Kindertarifs

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Abschnitt B2 Ziffer 1.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

6.2.1 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.

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

6.3 Versicherungsschutz ab Vollendung 67. Lebensjahr

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat, gilt der Versicherungsschutz unverändert.

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Abschnitt B2 Ziffer 1.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den zu diesem Zeitpunkt gültigen Senioren-Tarif um.

Dabei haben Sie unter Berücksichtigung der im Senioren-Tarif geltenden Höchstversicherungssummen und Leistungsarten folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir passen die Versicherungssummen entsprechend an, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechenden Beitrag.

Diese Vertragsanpassung kann beispielsweise dazu führen, dass sich Ihre bisherig vereinbarten Versicherungssummen oder Ihr Versicherungsbeitrag auf Grund der im Seniorentarif festgelegten Höchstversicherungssummen verringern. In diesem Fall gelten dann die Höchstversicherungssummen ab dem Tag der Änderung.

Wir werden Sie rechtzeitig über ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit den neuen Versicherungssummen fort.

Abschnitt A2 Mitversicherte Unfälle

1. Fahrtveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten (zu Abschnitt A1 Ziff. 5.1.4)

Bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (das sind z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten), besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Ebenso sind Unfälle versichert, die der versicherten Person als Fahrer bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen passieren, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

Zu den versicherten Veranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeugs im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

2. **Passives Kriegsrisiko** (zu Abschnitt A1 Ziffer 5.1.2)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 28. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten. Diese Frist entfällt, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle

   a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,

   b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalten dort öffentlich gewarnt worden ist, es sei denn, eine Durchquerung eines solchen Gebietes war aufgrund der oben genannten Ausreisebemühungen unumgänglich.

   c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg/ kriegsähnlichen Zustand oder Bürger krieg.
   Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden,

   d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen).

3. **Luftfahrtunfälle** (zu Abschnitt A1 Ziffer 5.1.3)

Wir gewähren Versicherungsschutz

- für sonstige, nicht zur Besatzung zählende Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausübt (z.B. für Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen),
- für Passagiere in Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten (z.B. In Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- für Flugschüler,
- beim Kitesurfen.

Abschnitt A3 Zusätzliche Leistungen für Kinder

1. **Rooming-in** (zu Abschnitt A1 Ziffer 2)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Abschnitt A1 Ziffer 1.3 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 20 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro gezahlt.

2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

4. Der unter Ziffer 1**.** angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2. Unerlaubtes Fahren von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein

Versicherungsschutz besteht abweichend zu Abschnitt A1 Ziff. 5.1.1 jedoch, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt
(§ 248b Strafgesetzbuch). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Umgang mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern

Ebenso besteht abweichend zu Abschnitt A 1 Ziff. 5.1.1 Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung in allen Angelegenheiten und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. **Vollwaisenrente** (zu Abschnitt B3 Ziffer 1.6)

1. Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund des selbigen Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisenrente an alle versicherten minderjährigen Kinder. Die Vollwaisenrente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrages, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 6.000 Euro pro Jahr und Kind gezahlt. Die Vollwaisenrente wird letztmalig für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

3. Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

4. Der unter Ziffer 1. angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

5. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht für max. 100 Schultage bis zu 50 Euro pro ausgefallenen Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeldleistung erstattet.

6. Beitragsbefreiung im Todesfall

Falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages versterben und bei Beginn der Versicherung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, wird der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten Kinder mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei gestellt. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.
Die Beitragsbefreiung gilt nicht, wenn die Todesursache ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis war.

Abschnitt A4 Progression

1. **Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme**
(zu Abschnitt A1 Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.

b) für den 25 %, nicht aber 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe.

c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

2. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme
(zu Abschnitt A1 Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.

b) für den 25 %, nicht aber 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

3. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme
(zu Abschnitt A1 Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.

b) für den 25 %, nicht aber 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelfall wie folgt:

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

Abschnitt A5 Erweiterungen zum Versicherungsbeitrag

1. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

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

1.1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Todesfallleistung
- Übergangsleistung
- Krankenhaustagegeld
- Unfallrente

1.2 Anpassung der Versicherungssummen

1.2.1 Wir erhöhen die Versicherungssumme jeweils um 5 % zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

1.2.2 Dabei werden die Versicherungssummen für den

- Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro
- für die Übergangsleistung auf volle 50 Euro
- für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld auf volle 0,50 Euro
- die Unfallrente auf volle 5 Euro

aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

1.2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin. Für eine Entschädigungsberechnung sind die am Unfalltag gültigen Versicherungssummen maßgebend.

1.3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

1.4 Verfahren

1.4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

Wenn Sie es versäumt haben, gegen die dynamische Erhöhung der Versicherungssummen Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Abschnitt B3 Ziffer 1.3.4 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38

Versicherungsvertragsgesetz der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

1.4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

1.5 Ende der Dynamik

Wenn infolge der dynamischen Anpassung eine der Höchstversicherungssummen in der entsprechenden Leistungsart (Invalidität, Todesfall, Übergangsleistung, Krankenhaustagegeld, Unfallrente) erreicht wird, erfolgt für den Vertrag der versicherten Person keine weitere dynamische Anpassung.

2. Beitragsanpassung

Der Beitrag kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Beitragssatzes steigen oder sinken.

Die Beitragsätze werden unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen und der Kosten kalkuliert.

Der Versicherer ist berechtigt, die Beitragssätze für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

Tarifliche Anpassungen von Beitragssätzen können vom Versicherer zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.

Die Beitragssätze werden für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematisch, statistischer oder geographischer Verfahren getrennt ermittelt.

Der Versicherer ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

- Beitragssenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.

- Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamtwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

3. Altersstaffelung

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Lebensalter der versicherten Person zu Beginn des ersten und jeden weiteren Versicherungsjahres.

Die Beitragszuschläge je Lebensalter werden wie folgt gestaffelt:

18 – 49 Jahre Zuschlag 0 %
50 – 59 Jahre Zuschlag 10 %
60 – 67 Jahre Zuschlag 20 %

Die vereinbarten Versicherungssummen bleiben von der Anpassung durch die Altersstaffelung unberührt.

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die Beitragsveränderung spätestens einen Monat vor Beitragsfälligkeit mit.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag für die versicherte Person innerhalb eines Monates nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung kündigen.

Teil B

Abschnitt B1 Leistungsfall

1. Was ist nach einem Unfall zu beachten?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Abschnitt A1 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.

1.1 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.

1.1.1 Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Abschnitt B1 Ziffer 1.1 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

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

1.3 Wir beauftragen in Deutschland niedergelassene 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 Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahresbruttobeitrages, höchstens jedoch 1.000 Euro je Unfallereignis, erstattet.

1.4 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.

2. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Abschnitt B1 Ziffer 1 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

3. 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.

3.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Abschnitt B1 Ziffer 1.
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

3.2 Fälligkeit der Leistung

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

3.3 Vorschüsse

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme (Abschnitt A1 Ziffer 2.5) beansprucht werden.

3.3.1 Vorschuss auf Invaliditätsleistung trotz fehlender Todesfallsumme

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bis max. 50.000 Euro beansprucht werden.

3.4 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 zulassen.

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

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

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

4. Versehensklausel (zu Abschnitt A1 Ziffer 6.2, Abschnitt B1 Ziffer 1 & Ziffer 2)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit oder die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und Sie nach

Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

Abschnitt B2 Die Vertragsdauer

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrages (12:00 Uhr mittags) und des Beginns diesen Vertrages (24:00 Uhr bzw. 00:00 Uhr) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum Versicherungsschutz.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

1.2 Dauer und Ende des Vertrags

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

1.2.1 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

1.2.2 Vertragsbeendigung

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

1.2.3 Arbeitslosigkeit

1.2.3.1 Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.

1.2.3.2 Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

a) Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens zwölf Monate.

b) Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.

c) Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber betriebsbedingt gekündigt.

d) Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.

e) Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht der Bundesanstalt für Arbeit.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.

1.2.3.3 Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit. Ihre entsprechende Mitteilung über die Beendigung der Arbeitslosigkeit muss uns innerhalb von zwei Monaten zugehen. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

1.2.4 Außerkraftsetzung bei Arbeitsunfähigkeit

Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als sechs Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.

1.2.4.1 Art und Höhe der Leistung:

- Nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn der Unfallversicherung.
- Keine Wartezeit bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu zwölf Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.
- Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von sechs Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber zwölf Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt zwölf Monaten erreicht wurde.
  Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.
  Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

1.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben, oder
- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben, oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen 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 Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

1.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

1.5 Vorsorge

1.5.1 Vorsorgeversicherung für Neugeborene

In Erweiterung zu Abschnitt B2 Ziffer 1.1 gilt folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.
   Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

2. Ihre während der Vertragsdauer adoptierten Kinder im Alter unter 14 Jahren sind ab Rechtswirksamkeit der Adoption mit 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages beitragsfrei mitversichert.

   Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

1.5.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung

Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit den Grundsummen Ihres Vertrages max. bis

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
- 10.000 Euro für den Todesfall
- 20 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

sowie den in diesem Vertrag zu Grunde liegenden beitragsfreien Leistungen mitversichert.

Abschnitt B3 Der Versicherungsbeitrag

1. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

1.1 Beitrag und Versicherungssteuer

1.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

1.1.2 Versicherungssteuer

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

1.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erster Beitrag

1.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

1.2.2 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.

1.2.3 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.

1.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

1.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

1.3.2 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 (Abschnitt B3 Ziffer 1.3.3).

1.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei 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 Abschnitt B3 Ziffer 1.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

1.3.4 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 eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

1.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto 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.

1.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

1.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

Abschnitt B4 Weitere Bestimmungen

1. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

1.1 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 einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

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

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

1.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

2.1 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.

2.2 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.

2.2.1 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. höherer Beitrag oder 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.

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

2.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder 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 (Abschnitt B3 Ziffer 1.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

2.3 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 eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

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

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

2.4 Anfechtung

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

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

2.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 2.1. bis 2.4 in Abschnitt B4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

3. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

3.1 Gesetzliche Verjährung

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

3.2 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.

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

4.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

4.1.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.
Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.Europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

4.1.2 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. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

4.1.3 Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

https://www.nv-online.de/kontakt/beschwerdeformular.html

NV Versicherungen VVaG
Beschwerdemanagement
Ostfriesenstr. 1
26425 Neuharlingersiel

Tel.: 04974 – 93 93 937
E-Mail: beschwerde@nv-online.de

4.2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

4.2.1 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.

4.2.2 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.

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

5.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

5.2 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 drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

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

6. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

7. Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts- / Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit denen nicht Europäischen oder deutschen Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Teil C

Abschnitt C1 Assistance-Paket

Wir erweitern den Leistungsumfang um Assistanceleistungen für die versicherte/n Person/en. Je nach Bedarf erhalten Sie Unterstützung in der Beratung, in der Organisation und in der konkreten Umsetzung der benötigten Hilfen.

1. Was ist versichert?

Nach einem Unfall erbringen wir Assistanceleistungen durch qualifizierte Dienstleister.

Die Assistanceleistungen erbringen unsere Dienstleister ausschließlich in Deutschland.

2. Wann und in welchem Umfang erhält die versicherte Person Assistanceleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch einen über diesen Vertrag versicherten Unfall in ihrer geistigen oder körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- benötigt vorübergehend oder dauerhaft Unterstützung in den Verrichtungen des täglichen Lebens, der Heilbehandlung oder der Pflege.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Den durch den Unfall entstandenen konkreten Bedarf an Assistanceleistungen 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,
- die berufliche Situation.

Den Bedarf decken wir mit den in Abschnitt C1 Ziffer 3.1 und Ziffer 3.2 aufgeführten Leistungen.

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung von Leistungen, wenn die Leistungen durch Sie selbst organisiert und beauftragt werden.

2.3 Mitwirkung

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Abschnitt A1 Ziffer 3 unsere Assistancesleistungen nicht ein.

3. Welche Leistungen sind versichert?

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

3.1 Erstgespräch

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

3.2 Menüservice

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

3.3 Einkäufe und Besorgungen

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

3.4 Haushaltshilfe

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

3.5 Haushaltsreinigung

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

3.6 Wäscheservice

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

3.7 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 zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern von Ihrem Aufenthaltsort der versicherten Person zur Verfügung.

3.8 Begleitservice

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

3.9 Kindernotbetreuung

Für Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres erhält die versicherte Person für bis zu insgesamt zehn Tage kurzfristig eine Notbetreuung.

3.10 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 zehn Tage. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere für die eine behördliche Genehmigung nötig ist, z. B. Reptilien.

3.11 Hausnotrufdienst

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

3.12 Winterdienst

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

3.13 Gartenpflege

Der Garten der versicherten Person wird einmal in der Woche bis zu drei Stunden im üblichen Umfang instandgehalten. 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.

3.14 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.

3.15 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 vier Wochen und bis 21 Stunden pro Woche.

3.16 Rehabilitations- und Pflegeheimplätze

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

3.17 Pflegehilfsmittel

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

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 Assistanceleistungen

Wir erbringen die Assistanceleistungen (Abschnitt C1 Ziffer 3.1), solange der Bedarf nach Abschnitt C1 Ziffer 2 besteht, längstens für zwölf Monate ab dem Tag des Unfalls.

4.2 Vorläufige Deckung

Wegen der gebotenen Eile erbringen unsere Dienstleister die Assistance- 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 Assistance- und Rehabilitationsleistungen ein.

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

Ergänzend zu Abschnitt B1 Ziffer 1 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 2 in Abschnitt B1 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 Abschnitt B2 Ziffer 1.2.2 können Sie und wir dieses Leistungspaket mit einer Frist von drei Monaten vor dem Ablauf der Vertragszeit kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.

Abschnitt C2 Rehabilitations-Paket

Wir erweitern den Leistungsumfang um Rehabilitationsleistungen für die versicherte/n Person/en. Je nach Bedarf erhalten Sie Unterstützung in der Beratung, in der Organisation und in der konkreten Umsetzung der benötigten Hilfen.

1. Was ist versichert?

Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen durch qualifizierte Dienstleister.

Die Rehabilitationsleistungen erbringen unsere Dienstleister ausschließlich in Deutschland.

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

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch einen über diesen Vertrag versicherten Unfall in ihrer geistigen oder körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- benötigt vorübergehend oder dauerhaft Unterstützung in den Verrichtungen des täglichen Lebens, der Heilbehandlung oder der Pflege.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Den durch den Unfall entstandenen konkreten Bedarf an 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,
- die berufliche Situation.

Den Bedarf decken wir mit den in Abschnitt C2 Ziffer 3.1 und Ziffer 3.2 aufgeführten Leistungen.

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung von Leistungen, wenn die Leistungen durch Sie selbst organisiert und beauftragt werden.

2.3 Mitwirkung

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Abschnitt A1 Ziffer 3 unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

3. Welche Leistungen sind versichert?

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

3.1 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 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.

3.3 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.

3.4 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.

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

3.6 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.

3.7 Rehabilitations-Management Pflege

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

3.8 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.

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 Rehabilitationsleistungen

Wir erbringen die Rehabilitationsleistungen (Abschnitt C1 Ziffer 3.2), solange der Bedarf nach Abschnitt C 1 Ziffer 2 besteht, längstens für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls und bis zu einer Gesamtsumme von 100.000 Euro.

4.2 Vorläufige Deckung

Wegen der gebotenen Eile erbringen unsere Dienstleister die Assistance- 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 Assistance- und Rehabilitationsleistungen ein.

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

Ergänzend zu Abschnitt B1 Ziffer 1 gelten folgende Obliegenheiten:

5.2 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 2 in Abschnitt B1 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 Abschnitt B2 Ziffer 1.2.2 können Sie und wir dieses Leistungspaket mit einer Frist von drei Monaten vor dem Ablauf der Vertragszeit kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.

Abschnitt C3 Paket für Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung Inkl. Assistance und Rehabilitationspaket - sofern vereinbart –

Sowohl die Leistungen der Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung, als auch die Leistungen des Assistance- und Rehabilitationspaketes werden unabhängig vom Unfallbegriff erbracht.

Begleitung bei Erstantrag, Höherstufung, Widerspruch Pflegegradmanagement bei Bedarf und nach Indikationsstufe

Der Versicherungsnehmer kann für die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen, für die das Paket Pflegeberatung und Pflegegradoptimierung (inkl. Assistance- und Rehabilitationspaket) vereinbart gilt, folgende Leistungen in Anspruch nehmen.

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist in ihrer geistigen oder körperlichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- benötigt vorübergehend oder dauerhaft Unterstützung in den Verrichtungen des täglichen Lebens, der Heilbehandlung oder der Pflege.

2. Telefonische Pflegeberatung

Zunächst gibt es einen telefonischen Erstkontakt, in dem die pflegerische Bedarfslage der leistungsberechtigten Person besprochen wird und der Berater sich über den Status bezüglich Pflegegrad erkundigt. Der Berater erläutert den Prozess der Antragstellung/Begutachtung und gibt Informationen zum Unterstützungsangebot der Reha Assist.

3. Pflegegradmanagement bei Bedarf und nach Indikationsstufe

3.1 Erstantrag

Die leistungsberechtigte Person und/oder ihre Angehörigen werden vor Ort beraten. Der Berater führt eine Bedarfserhebung durch (per Pflegegradrechner) mit Abgabe einer Prognose darüber, ob ein Pflegegrad erreicht werden kann. Muss der Berater davon ausgehen, dass ein Antrag erfolglos bleibt, wird das gegenüber der leistungsberechtigten Person und/oder ihren Angehörigen begründet. Dann endet die Beratung bezüglich Pflegegrad an dieser Stelle.
Geht der Berater davon, dass der Antrag Erfolg haben kann, führt er in einem weiteren Termin vor Ort die persönliche Begleitung bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst durch.

3.2 Höherstufung

Die leistungsberechtigte Person und/oder ihre Angehörigen werden vor Ort beraten. Der Berater führt eine Bedarfserhebung durch (per Pflegegradrechner) mit Abgabe einer Prognose darüber, ob ein höherer Pflegegrad erreicht werden kann. Muss der Berater davon ausgehen, dass ein Antrag erfolglos bleibt, wird das gegenüber der leistungsberechtigten Person und/oder ihren Angehörigen begründet. Dann endet die Beratung bezüglich Pflegegrad an dieser Stelle.

Geht der Berater davon, dass der Antrag Erfolg haben kann, führt er in einem weiteren Termin vor Ort die persönliche Begleitung bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst durch.

3.3 Widerspruch

Alternativ kann die Begleitung bei der Begutachtung auch dann erfolgen, wenn eine zuvor bereits erfolgte Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nicht zum Erfolg geführt hat. In diesem Fall erstellt der Berater nach Abgleich des Gutachtens mit den Ergebnissen seiner Bedarfserhebung und bei Aussicht auf Erfolg eine Widerspruchsbegründung. Die Widerspruchsbegründung wird vorab dem Medizinischen Dienst zugeleitet.

Ablauf analog 3.1 und 3.2.

4. 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. 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.

6. Kündigung

In Ergänzung zu Abschnitt B2 Ziffer 1.2.2 können Sie und wir dieses Leistungspaket mit einer Frist von drei Monaten vor dem Ablauf der Vertragszeit kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.