



Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs
zur Unfallversicherung

Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs

zur

Unfallversicherung

(Stand 01.08.2015)

Inhaltsübersicht:

I	Allgemeine Kundeninformationen	4
II	Bedingungen zur Unfallversicherung (Stand 01.08.2015)	8
A	Allgemeine Versicherungsbedingungen	8
B	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 – Standard), Stand 01.08.2015	12
C	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Komfort-Deckung (BB-Komfort-Deckung), Stand 01.08.2015	24
D	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Top-Deckung (BB-Top-Deckung), Stand 01.08.2015	31
E	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für Kinder bis zum 18. Lebensjahr (BB-Kinderunfall), Stand 01.08.2015	40
F	Besondere Bedingungen für den Zuwachs von Leistungen und Prämie (Dynamik) (BB-Dynamik), Stand 01.08.2015	42
G	Progressionsstaffeln, Stand 01.08.2015	43
H	Besondere Bedingungen für den Baustein „First Aid“ bei Vereinbarung der BB-Top-Deckung (BB-First Aid), Stand 01.08.2015	49
 Je nach individueller Ausgestaltung Ihres Vertrages ist es möglich, dass einzelne Teile der Kundendokumente für Ihre Versicherung nicht relevant sind. Die genauen für Sie relevanten Bestandteile entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. dem Versicherungsschein.		
III	Merkblatt zur Datenverarbeitung	51

I Allgemeine Kundeninformationen

Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Angebot.

1. RheinLand Versicherungs AG

1. Identität des Versicherers:

Name: RheinLand Versicherungs AG
Anschrift: RheinLandplatz
41460 Neuss
Telefon: +49 2131 / 290 0
Fax: +49 2131 / 290 13 300
Internet: www.rheinland-versicherungen.de
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Neuss
Handelsregister: Amtsgericht Neuss AG 1477

2. Identität des Versicherers im Ausland:

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

RheinLand Versicherungs AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Aufsichtsratsvorsitzender: Anton Werhahn
Vorstand: Christoph Buchbender, Dr. Lothar Horbach, Udo Klanten, Andreas Schwarz

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

2. Rhion Versicherung AG

1. Identität des Versicherers:

Name: Rhion Versicherung AG
Anschrift: RheinLandplatz
41460 Neuss
Telefon: +49 2131 / 6099 0
Fax: +49 2131 / 6099 13 300
Internet: www.rhion.de
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Neuss
Handelsregister: Amtsgericht Neuss AG B 13420

2. Identität des Versicherers im Ausland:

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

Rhion Versicherung AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Aufsichtsratsvorsitzender: Wilhelm Ferdinand Thywissen
Vorstand: Christoph Buchbender, Dr. Lothar Horbach, Udo Klanten

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

3. Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

1. Identität des Versicherers:

Name: Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Anschrift Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00 / Fax: 0202 438-2846
Internet: www.barmenia.de

Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Wuppertal
Handelsregister: Amtsgericht Wuppertal HRB 3033

2. Identität des Versicherers im Ausland

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann
Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vorsitzender), Frank Lamsfuß, Ulrich Lamy, Martin Risse, Kai Völker

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

4. Baden-Badener Versicherung AG

1. Identität des Versicherers:

Name: Baden-Badener Versicherung AG
Anschrift Schlackenbergstr. 20
66386 St. Ingbert
Telefon: 06894 915-911
Fax: 06894 915-434
Email: versicherung@baden-badener.de

Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: St. Ingbert
Handelsregister: Amtsgericht Saarbrücken HRB 32872

2. Identität des Versicherers im Ausland

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Baden-Badener Versicherung AG
Schlackenbergstr. 20
66386 St. Ingbert

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Klaus Endres
Vorstand: Niels Drukarczyk (Vorsitzender), Jörg Bolay, Michael Reuter

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

5. Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft

1. Identität des Versicherers:

Name: Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
Anschrift: Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v.d.H.
Telefon: +49 6172 1252 - 20
Fax: +49 6172 1254 - 56
Internet: www.basler.de

Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Bad Homburg
Handelsregister: Amtsgericht Bad Homburg HRB 9357

2. Identität des Versicherers im Ausland

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v.d.H.

Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Zutter
Vorstand: Dr. Jürg Schiltknecht – Vorsitzender, Kay Bölke, Markus Jost, Ralf Stankat, Dr. Alexander Torneau

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Für den vorgenannten Versicherer handeln wir namens und in Vollmacht als Ihr Assekuradeur aus Kiel:

DOMCURA AG

Anschrift: Theodor-Heuss-Ring 49
24113 Kiel

Aufsichtsratsvorsitzender: Manfred Bauer
Vorstand: Uwe Schumacher (Vorsitzender), Rainer Brand, Horst-Ulrich Stolzenberg
Handelsregister: Amtsgericht Kiel – HRB 5548

Nordvers GmbH

Anschrift: Theodor-Heuss-Ring 49
24113 Kiel

Geschäftsführer: Uwe Schumacher, Rainer Brand, Horst-Ulrich Stolzenberg
Handelsregister: Amtsgericht Kiel – HRB 4275

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte dem Vorschlag/Antrag und den Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs.

Gesamtpreis

Der Gesamtpreis – Jahresprämie zuzüglich Versicherungssteuer – kann dem Antrag bzw. aus dem Angebot entnommen werden.

Prämienzahlung

Je nach Vereinbarung wird die Prämie monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich oder als Einmalprämie gezahlt. Zuschläge für Ratenzahlungen können hierbei berechnet werden. Die vereinbarten Prämien müssen zum vereinbarten Fälligkeitszeitpunkt gezahlt werden. Falls der Versicherungsnehmer eine Einzugsermächtigung erteilt hat, wird der Betrag rechtzeitig von diesem bekannten Konto abgebucht werden. Sofern hierfür das Sepa-Lastschriftverfahren vereinbart ist, beträgt die Frist für die Vorankündigung der jeweiligen Lastschrift (Pre-Notification) mindestens 3 Tage.

Gültigkeit

Die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Angebotsinformationen (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Höhe der Prämie) ist befristet auf längstens sechs Wochen, sofern nicht im Angebot ein anderer Zeitraum eingeräumt worden ist.

Zustandekommen des Vertrages

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Vertragserklärungen nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

Im Fall von Abweichungen von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen sind diese – einschließlich Belehrung und Hinweise auf die damit verbundenen Rechtsfolgen – in Ihrem Versicherungsschein gesondert aufgeführt.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn die Erstprämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins gezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie die erste oder einmalige Prämie nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DOMCURA AG / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel

bzw. an:

Nordvers GmbH / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Die bereits gezahlte Prämie erstatten wir Ihnen zurück, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Auf unser Recht, den Teil der Prämie einzubehalten, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Vertragsbeginn und Laufzeit des Vertrages

Vertragsbeginn und Laufzeit des Vertrages können dem Antrag bzw. dem Angebot entnommen werden, nach Ausfertigung des Versicherungsscheines dem Versicherungsschein selbst. Weitere Angaben enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Beendigung bzw. Kündigung des Vertrages

Angaben zur Beendigung und Kündigung des Vertrages enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Gerichtsstände

Die Gerichtsstände für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Außergerichtliche Beschwerdeverfahren

Fragen zum Versicherungsschutz und etwaige Beschwerden können gerichtet werden an:

DOMCURA AG / Abteilung Beschwerdemanagement / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel

bzw. an:

Nordvers GmbH / Abteilung Beschwerdemanagement / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel

Oder an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle für Verbraucher zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

Versicherungsombudsmann e.V. / Postfach 08 06 32, 10006 Berlin / Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Versicherungsaufsicht

Die zuständige Versicherungsaufsicht ist unter folgender Adresse zu erreichen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht / Graurheindorfer Str. 108 / 53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de / Homepage: www.bafin.de

II Bedingungen zur Unfallversicherung, (Stand 01.08.2015)

II A Allgemeine Versicherungsbedingungen

Soweit im Versicherungsschein und seinen Nachträgen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für alle beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Sparten

- § 1 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
 - § 2 Beginn des Versicherungsschutzes, Prämie und Versicherungssteuer
 - § 3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmalige Prämie
 - § 4 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgeprämie
 - § 5 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 - § 6 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
 - § 7 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - § 8 Dauer und Ende des Vertrages, Begriffsbestimmung - Versicherungsjahr
 - § 9 Wegfall des versicherten Risikos
 - § 10 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung
 - § 11 Verjährung
 - § 12 Zuständiges Gericht
 - § 13 Anzuwendendes Recht
 - § 14 Maklervollmacht
 - § 15 Vollmacht des Versicherungsvertreters
 - § 16 Wechsel des Versicherers
 - § 17 Anpassung der Prämie
 - § 18 Bedingungsanpassung – Innovationsklausel
 - § 19 GDV-Standard- und Arbeitskreisgarantie
-

§ 1 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

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

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

2. Rücktritt

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

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3. Prämienänderung oder Kündigungsrecht

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Der Versicherer muss die ihm nach Nr. 2 und Nr. 3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Nr. 2 und Nr. 3 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Nr. 2 und Nr. 3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

4. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

5. Erweiterte Anerkennung

- a) Der Versicherer erkennt an, dass ihm alle Umstände bekannt geworden sind, die im Zeitpunkt der Antragstellung gegeben und für die Übernahme der Gefahr erheblich waren.
- b) Dies gilt jedoch nicht für Umstände, die vorsätzlich oder grob fahrlässig verschwiegen worden sind.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes, Prämie und Versicherungssteuer

1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig im Sinne von A § 3 Nr. 1 zahlt.
2. Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

§ 3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmalige Prämie

1. Die erste oder einmalige Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig und ist unverzüglich zu zahlen.
Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.
2. Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung der Prämie eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.
3. Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

§ 4 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgeprämie

1. Die Folgeprämien sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Prämienzeitraums fällig.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
2.
 - a) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
 - b) Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 - c) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämien, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Nr. 3 und Nr. 4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
3. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 2 c) darauf hingewiesen wurde.
4.
 - a) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 2 c) darauf hingewiesen hat.
 - b) Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Nr. 3 bleibt unberührt.

5. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wird der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer arbeitslos, gilt für die Zahlung der Folgeprämie gemäß Nr. 1 folgendes vereinbart:

- a) Für die prämienfreie Weiterführung des Vertrages ist Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 2 Jahre ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis stand.
- b) Als Selbstständiger mindestens 2 Jahre lang ununterbrochen im Rahmen desselben Unternehmens oder Betriebs tätig gewesen.
- c) Für geringfügig Beschäftigte gilt diese Möglichkeit der Prämienbefreiung nicht, ebenso für Versicherungsnehmer, die bei Vertragsabschluss älter als 58 Jahre sind.
- d) Wird der Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrages ohne eigenes Verschulden arbeitslos und weist er dies entsprechend nach, so wird der Versicherungsvertrag von Beginn der Arbeitslosigkeit bis zur zweiten auf diesen Zeitpunkt folgenden Hauptfälligkeit prämienfrei gestellt.
- e) Bereits bezahlte Prämien werden ab Eintritt der Arbeitslosigkeit zeitanteilig für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit zurückerstattet. Der prämienfreie Zeitraum endet mit der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers, spätestens mit der zweiten auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Hauptfälligkeit. Danach wird der Vertrag unverändert jedoch prämienpflichtig weitergeführt.
- f) Die Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit ist vom Versicherungsnehmer während des prämienfreien Zeitraumes unverzüglich anzuzeigen.
Unterlässt der Versicherungsnehmer es, die Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit während des prämienfreien Zeitraumes unverzüglich anzuzeigen und ereignet sich nach dem Zeitpunkt, zu dem dem Versicherer diese Anzeige hätte zugehen müssen, ein Schadenereignis, so besteht unter der Voraussetzung Versicherungsschutz, dass die Prämienzahlungen, die vom Versicherungsnehmer seit diesem Zeitpunkt hätten geleistet werden müssen, unverzüglich nachgeholt werden.
- g) Befindet sich der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug, gelten die Vorschriften der Nr. 2 b) und Nr. 3 fort.

§ 5 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Konnte die fällige Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftige Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

§ 6 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

§ 7 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

§ 8 Dauer und Ende des Vertrages, Begriffsbestimmung - Versicherungsjahr

1. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragsdauer eine Kündigung zugegangen ist.
3. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
4. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Jahres zugegangen sein.
5. Begriffsbestimmung - Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

§ 9 Wegfall des versicherten Risikos

Wenn versicherte Risiken vollständig und dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Versicherer steht die Prämie zu, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

§ 10 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

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

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

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

2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abgegeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.
3. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Nr. 2 entsprechende Anwendung.

§ 11 Verjährung

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 12 Zuständiges Gericht

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.
3. Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 13 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 14 Maklervollmacht

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervertrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten

§ 15 Vollmacht des Versicherungsvertreters

1. Erklärungen des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, vom Versicherungsnehmer abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend

- a) den Abschluss bzw. den Widerruf eines Versicherungsvertrages,
- b) ein bestehendes Versicherungsverhältnis einschließlich dessen Beendigung,
- c) Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.

2. Erklärungen des Versicherers

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, vom Versicherer ausgefertigte Versicherungsscheine oder deren Nachträge dem Versicherungsnehmer zu übermitteln.

§ 16 Wechsel des Versicherers

Die Bevollmächtigte ist berechtigt, jederzeit, ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers zur nächsten Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages, den Versicherer zu wechseln. Dies ist jedoch nur möglich, bei gleich bleibendem Versicherungsschutz und bei gleich bleibender Prämie/gleich bleibendem Prämienatz.

Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel, mitzuteilen.

Der Wechsel des Versicherers begründet kein Recht auf ein außerordentliches Kündigungsrecht.

§ 17 Anpassung der Prämie

1. Prämienanpassungsklausel

- a) Der Versicherer ist berechtigt, die Prämie zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu erhöhen oder zu vermindern.
Dies gilt nur unter folgenden Voraussetzungen:
- b) Die Schadenquote des Versicherers muss über oder unter 90 Prozent, (Berechnungsbasis ist das vorvergangene Jahr) bezogen auf die Risikoprämie (Prämie ohne Verwaltungs- und Vertriebskosten) des Versicherers im vorvergangenen Jahr liegen.
Basis für die Ermittlung sind die Zahlen des vertraglichen Assekuradeurs.
- c) Die gemäß b) geänderte Prämie darf die zum Zeitpunkt der Änderung geltende Tarifprämie nicht überschreiten.

2. Kündigung

Erhöht sich die Prämie aufgrund der Prämienangleichung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt schriftlich kündigen, in dem die Prämienhöhung wirksam werden sollte.

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Prämienhöhung zugehen.

Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

§ 18 Bedingungsanpassung – Innovationsklausel

1. Bedingungsanpassung – Innovationsklausel bei Prämienneutralität

Werden im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die Allgemeinen Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen und/oder vereinbarte Besondere Bedingungen ausschließlich zu Gunsten des Versicherungsnehmers geändert, ohne dass dafür eine Zusatzprämie berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

Über die Änderungen / Verbesserungen wird der Versicherungsnehmer informiert.

2. Tarif und Bedingungsanpassung – Innovationsklausel bei Prämienhöhung

a) Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Tarife und/oder Allgemeine Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, und/oder vereinbarte Besondere Bedingungen gegen Mehrprämie vom Versicherer geändert, wird der Versicherungsvertrag ab der ersten Hauptfälligkeit nach der Änderung auf das neue Tarif und Bedingungswerk umgestellt

b) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer sowohl über Prämienunterschiede als auch über wesentliche Änderungen des Versicherungs- und Leistungsumfangs, vor allem auch Schlechterstellungen, zu informieren

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Umstellung auf die neuen Tarif- und Bedingungswerke, so besteht der bisherige Vertrag unverändert zu den bis dahin geltenden Bedingungen fort; gleichzeitig entfallen die Regelungen des § 18 Nr. 2 "Bedingungsanpassung – Innovationsklausel bei Prämienhöhung" vollständig

c) Tritt zwischen der Einführung des neuen Tarif- und Bedingungswerkes und der ersten Hauptfälligkeit ein Versicherungsfall ein, der nur nach dem neuen Tarif- und Bedingungswerk versichert ist, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Umstellung des Vertrages bereits ab der Einführung des neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerkes anbieten.

§ 19 GDV-Standard- und Arbeitskreisgarantie

1. GDV-Garantie

Der Versicherer garantiert dem Versicherungsnehmer, dass die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (z.B.: Allgemeine Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, und/oder vereinbarte Besondere Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand 03.2014) abweichen.

2. Arbeitskreisgarantie

Der Versicherer garantiert dem Versicherungsnehmer, dass die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (z.B.: Allgemeine Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, und/oder vereinbarte Besondere Bedingungen) die Leistungsinhalte der Empfehlung des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“ (Stand 09.03.2015) voll erfüllen.

II B Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015–Standard), Stand 01.08.2015

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2015) und -wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB 2015 und -wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen, daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

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

§ 1	Versicherungsumfang - Grundsatz, Geltungsbereich, Unfallbegriffe
§ 2	Leistungsarten
§ 3	Invaliditätsleistung
§ 4	Unfallrente
§ 5	Übergangsleistung
§ 6	Tagegeld
§ 7	Krankenhaus-Tagegeld
§ 8	Todesfall
§ 9	Kosten nach einem Unfall im Sinne von § 1 und/oder § 11
§ 10	Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen, Mitwirkungsanteil
§ 11	Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse
§ 12	Regelungen bei der Versicherung von Kindern
§ 13	Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
§ 14	Obliegenheiten nach einem Unfall
§ 15	Fälligkeit der Leistungen
§ 16	Kündigung nach einem Versicherungsfall
§ 17	Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander
§ 18	Altersregelungen ab Ablauf 75. Lebensjahr
§ 19	Versicherungsjahr

§ 1 Versicherungsumfang - Grundsatz, Geltungsbereiche, Unfallbegriffe

1. Grundsatz

Der Versicherer bietet den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

2. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- Weltweit und
- rund um die Uhr.

3. Grundsätzlicher Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

4. Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gelten auch

- a) Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet.

Die bei einem derartigen Ereignis entstehende äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person gilt in jedem Fall als unfreiwillig.

- b) Gesundheitsschädigungen durch Erfrierungen, Ertrinken und Ersticken
- c) Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrände und Sonnenstiche
- d) unfreiwilligen Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Dünste, Staubwolken, Säuren und ähnliches.
Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.
- e) Unfälle durch ärztlich verordnete Medikamente - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörung, wenn durch ärztlich verordnete Medikamente die Funktion von Sinnesorganen eingeschränkt ist.
- f) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.
Fahrräder mit Hilfsmotor / Pedelecs (ohne und mit Anfahrhilfe bis 6 km/h) bis 25 km/h und maximal 250 Watt Motorleistung, soweit diese nicht versicherungspflichtig sind, fallen nicht unter den Begriff „motorisierte Fahrzeuge“.
- g) Gesundheitsschäden durch Infektionen.
Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen durch
 - Tollwut oder Wundstarrkrampf;
 - andere Krankheitserreger, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihrer Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.Hierunter fallen auch alle Infektionen durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
- h) Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100-Elektronen-Volt, künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie Laser- und Maserstrahlen, Röntgenstrahlen; der Ausschluss unter § 11 Nr. 7. b) AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht
- i) Tauch-typische Gesundheitsschädigungen wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung

5. Erhöhte Kraftanstrengung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.

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

6. Einschränkungen der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen kann der Versicherer keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Auf die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (§ 10 AUB 2015 – Standard) und zu den Ausschlüssen (§ 11 AUB 2015 - Standard) wird deshalb besonders hingewiesen.

§ 2 Versicherbare Leistungsarten

1. Invaliditätsleistung (§ 3)
2. Unfallrente (§4)
3. Übergangsleistung (§ 5)
4. Tagegeld (§ 6)
5. Krankenhaus-Tagegeld (§ 7)
6. Todesfallleistung (§ 8)

Im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen werden die verschiedenen Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen beschrieben.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer vereinbart hat und die im Versicherungsschein und/oder dessen Nachträgen genannt sind.

§ 3 Invaliditätsleistung

1. Voraussetzung für die Leistung

- a) 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.

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

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

- 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 15 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

c) Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

d) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einer Infektion

Die Invalidität ist innerhalb von

- 18 Monaten nach der Infektion eingetreten und
- 18 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

Diese Fristen beginnen erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt, und zwar auch dann, wenn dieses Unfallereignis vor dem Vertragsbeginn liegt.

e) Geltendmachung der Invalidität nach einer Infektion

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach der Infektion beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Diese Frist beginnt erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt, und zwar auch dann, wenn diese Infektion vor dem Vertragsbeginn liegt.

f) 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 zahlt der Versicherer eine Todesfallleistung (§ 8 AUB 2015 - Standard), sofern diese vereinbart ist.

2. Art und Höhe der Leistung:

a) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

b) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (§ 3 Nr. 2 b) – aa) AUB 2015 - Standard), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (§ 3 Nr. 2 b) – bb) AUB 2015 - Standard).

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 (§ 15 Nr. 4 AUB 2015 - Standard).

aa) Gliedertaxe

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

Arm	70%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%

Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10%
anderer Finger	5%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Bein bis unterhalb des Knies	50%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Fuß	40%
große Zehe	5%
andere Zehe	2%
Auge	50%
Gehör auf einem Ohr	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	5%

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

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

bb) 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.

cc) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach § 3 Nr. 2 b) aa) AUB 2015 – Standard und § 3 Nr. 2 b) –bb) AUB 2015 - Standard) bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

dd) 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.

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

c) Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlt der Versicherer eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (§ 3 Nr. 1 f) AUB 2015 - Standard), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach § 3 Nr. 1 AUB 2015 - Standard sind erfüllt.

Der Versicherer leistet nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

§ 4 Unfallrente

1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Der unfallbedingte (gemäß vereinbartem Deckungsumfang) Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die §§ 3 Nr. 1 und 3 Nr. 2 b) AUB 2015 – Standard oder die vereinbarten Gliedertaxen der Komfort-Deckung oder der Top-Deckung.
- b) Verstorbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt § 3 Nr. 2 c) AUB 2015 – Standard.
- c) Verstorbt die versicherte Person
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall aus unfallfremder Ursache oder
 - später als ein Jahr nach dem Unfall gleichgültig aus welcher Ursache,
 werden zusätzlich 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt. Voraussetzung für diese Zahlung ist, dass ein Anspruch auf Rentenzahlung gemäß Nr. 1 a) bereits entstanden ist.

2. Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3. Beginn und Dauer der Leistung

- a) Der Versicherer zahlt die Unfallrente
 - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
 - monatlich im Voraus.
- b) Der Versicherer zahlt die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem
 - die versicherte Person stirbt oder
 - der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass aufgrund einer Neubemessung nach § 15 Nr. 4 AUB 2015 - Standard der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Bescheinigung nicht unverzüglich zusendet, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

§ 5 Übergangsleistung

1. Voraussetzung für die Leistung der Übergangsleistung

- a) Die versicherte Person ist unfallbedingt (gemäß vereinbartem Deckungsumfang)
 - im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

- b) Der Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer von einer Beeinträchtigung der versicherten Person von mehr als 6 Monaten ausgeht.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

2. Art und Höhe der Leistungen

Der Versicherer zahlt die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 6 Tagegeld

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt (gemäß vereinbartem Deckungsumfang)

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2. Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlt der Versicherer die Hälfte des Tagegelds.

Der Versicherer zahlt das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

§ 7 Krankenhaus-Tagegeld

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt (gemäß vereinbartem Deckungsumfang) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.
- begibt sich unmittelbar (Zeitraum von 14 Tagen) nach einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in eine vollstationäre Rehabilitation oder in eine vollstationäre Anschlussheilbehandlung; ansonsten gelten Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- wird unfallbedingt zur medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in ein Institut, das sowohl der Heilbehandlung, als auch der Rehabilitation dient, eingewiesen, weil es sich um eine Notfalleinweisung handelt.
- wird unfallbedingt zur medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in ein Institut, das sowohl der Heilbehandlung, als auch der Rehabilitation dient, eingewiesen weil die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnortes der versicherten Person ist.

2. Höhe und Dauer der Leistung

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 1 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- Für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
- Für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschlussheilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 7 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

§ 8 Todesfalleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt (gemäß vereinbartem Deckungsumfang) innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Besonders wird in diesem Zusammenhang auf die Verhaltensregeln nach § 14 Nr. AUB 2015 – Standard hingewiesen.

2. Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

§ 9 Kosten nach einem Unfall im Sinne von § 1 und/oder § 11 AUB 2015 – Standard-Deckung

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die im Folgenden genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik/Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

1. Kosten für Kosmetische Operationen

a) Voraussetzungen für die Leistung

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

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

2. Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem Unfall bedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro

§ 10 Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen, Mitwirkungsanteil

1. Krankheiten und Gebrechen

Der Versicherer leistet ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis (gemäß vereinbartem Deckungsumfang) verursacht wurden.

Der Versicherer leistet nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

2. Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

- a) 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 Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.

- b) Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

§ 11 Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse

Die nachstehenden Ausschlüsse gelten insoweit nicht, als nach den vereinbarten Bedingungen des Unfallversicherungsvertrages (gemäß vereinbartem Deckungsumfang) Versicherungsschutz besteht

1. Unfälle der versicherten Person durch

- a) Bewusstseinsstörungen sowie durch
- b) Schlaganfälle,
- c) epileptische Anfälle oder
- d) andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall ist durch ein Unfallereignis unfallbedingt verursacht, für das nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Der Versicherer zahlt für die Folgen des neuen Unfalls.

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

Ausnahme:

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

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

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

Ausnahme:

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. 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.

4. Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

Ausnahme:

Mitversichert sind jedoch Unfälle durch Kitesportgeräte, z.B. Kite-Drachen, -Boards, -Buggys und dergleichen.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

Mitversichert sind jedoch Unfälle durch

- Go-Kartveranstaltungen:

Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z.B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder in Freizeiteinrichtungen).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet.

- Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, weitere Fahrtveranstaltungen

Mitversichert sind Unfälle bei Fahrtveranstaltungen wie Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten sowie für alle anderen mit Motorfahrzeugen (nicht Luftfahrzeugen) durchgeführten Fahrtveranstaltungen bzw. Teilstrecken oder Abschnitten von diesen, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

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

7. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden.

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

- a) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis für das nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz besteht hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach den vereinbarten Bedingungen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht

- b) Gesundheitsschäden durch Strahlen,

- c) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und für diesen Unfall besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

- d) Gesundheitsschäden durch Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- durch eine nach den vereinbarten Bedingungen mitversicherte Infektion,
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe für, die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht

- e) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
- Für die Vergiftung besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an den Unfall eintreten, werden jedoch Leistungen erbracht, wenn und soweit diese auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist.

- g) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
 - für die Einwirkung besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.
 - Für Bauch- oder Unterleibsbrüche besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

§ 12 Regelungen bei der Versicherung von Kindern

1. Umstellung des Kinder-Tarifs

- a) Nach Ablauf des Versicherungsjahres in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellt der Versicherer die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.
Dabei hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:
- Der Versicherungsnehmer zahlt die bisherige Prämie, und der Versicherer reduziert die Versicherungssummen entsprechend, oder
 - der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen, und der Versicherer berechnet eine entsprechend höhere Prämie.
- b) Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer rechtzeitig über sein Wahlrecht informieren.
Hat der Versicherungsnehmer bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führt der Versicherer den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

2. Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

- a) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und
- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt folgendes:
- Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

§ 13 Regelungen bei der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

1. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.
Grundlage für die Bemessung der Prämie ist das für diesen Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

2. Mitteilung der Änderung

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

Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme nicht ein, sofern der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt. Die Prämiesberichtigung bzw. Verrechnung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

3. Auswirkungen der Änderung

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

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald dem Versicherer die Mitteilung des Versicherungsnehmers zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald ihm die entsprechende Mitteilung des Versicherungsnehmers zugeht.

4. Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist.

§ 14 Verhaltensregelungen (Obliegenheiten) nach einem Unfall

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in § 3 bis 8 AUB 2015 – Standard geregelt.

1. Im Folgenden werden Verhaltensregeln (Obliegenheiten) beschrieben. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne deren Mithilfe kann der Versicherer seine Leistung nicht erbringen.
 - a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet sich einer Operation zu unterziehen.
 - b) Sämtliche Angaben, um die der Versicherer den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bittet, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- c) Der Versicherer beauftragt Ärzte, falls dies für die Prüfung seiner Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Der Versicherer trägt die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Selbständigen der Lohnausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5% der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 300,- Euro, beträgt.

- d) Für die Prüfung seiner Leistungspflicht benötigt der Versicherer möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen es dem Versicherer ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

- e) Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mindestens jedoch innerhalb von 7 Tagen zu melden. Die Frist beginnt jedoch erst dann, sobald der Versicherungsnehmer oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben. Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich, ist dem Versicherer das Recht zu verschaffen, eine Obduktion - durch einen von ihm beauftragten Arzt - durchführen zu lassen.

2. Folgen bei der Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in Nr. 1 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verliert der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, 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 der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

3. Keine Benachteiligung durch Berufsausübung nach Unfall

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

4. Versehentliches unterbleiben der Anzeige oder die Erfüllung einer Obliegenheit

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, es sei denn, der Versicherer weist nach, dass es sich hierbei nicht um ein Versehen des Versicherten handelt und der Versicherte nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt hat.

5. Hinzuziehung eines Arzt bei zunächst geringfügigen Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Nr. 1 a) einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

§ 15 Fälligkeit der Leistungen

Wann sind die Leistungen fällig?

Der Versicherer erbringt seine Leistungen, nachdem er die Erhebungen abgeschlossen hat, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs seiner Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

1. Erklärung über die Leistungspflicht

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb 1 Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald dem Versicherer 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 § 14 N r. 1 AUB 2015 – Standard.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person

- zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen,
- bei einer Neubemessung (Nr. 4) entstehen

übernimmt der Versicherer in voller Höhe.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

2. Fälligkeit der Leistung

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat sich der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von 2 Wochen.

3. Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer - auf Wunsch des Versicherungsnehmers - angemessene Vorschüsse.

Beispiel: Es steht fest, dass der Versicherungsnehmer vom Versicherer eine Invaliditätsleistung erhält. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000,- Euro verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

4. Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu, dem Versicherer jedoch nur längstens bis zu 2 Jahren nach dem Unfall. Bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich die Frist für den Versicherungsnehmer von 3 auf 5 Jahre.

Dieses Recht kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person geltend gemacht werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits gezahlt hat, ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

Wenn der Versicherer eine Neubemessung wünscht, wird dies dem Versicherungsnehmer zusammen mit der Erklärung über seine Leistungspflicht mitgeteilt.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss er dies dem Versicherer vor Ablauf der Zweijahresfrist mitteilen.

§ 16 Kündigung nach Versicherungsfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherer können den Vertrag kündigen, wenn der Versicherer eine Leistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat.

Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn der Versicherungsnehmer kündigt, wird seine Kündigung wirksam, sobald sie dem Versicherer zugeht. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Eine Kündigung des Versicherers wird 1 Monat, nachdem Zugang beim Versicherungsnehmer, wirksam.

§ 17 Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

1. Fremdversicherung

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

Der Versicherer zahlt Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an den Versicherungsnehmer aus, wenn der Unfall nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

2. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

3. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

§ 18 Altersregelung ab Ablauf 75. Lebensjahr

Umstellung des bisherigen Tarifs wegen Erreichen der Altersgrenze

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, entfällt jede Vereinbarung über Progressionsstaffeln.

Für Unfälle die sich nach diesem Zeitpunkt ereignen, wird bei der Berechnung der Invaliditätsleistung eine vereinbarte Progressionsstaffel nicht berücksichtigt. Es gilt die einfache Versicherungssumme.

Der Vertrag wird auf die hierfür gültige Tarifprämie abgesenkt.

§ 19 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 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.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

II C Besondere Bedingungen für die Komfort-Deckung (BB-Komfort-Deckung), Stand 01.08.2015

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Komfort-Deckung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen
 2. Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 - Standard), Stand 01.08.2015
-

In Abänderung und/oder Erweiterungen der entsprechenden Regelungen der (B) Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 – Standard), Stand 01.08.2015 wird folgendes vereinbart:

1. Erweiterter Unfallbegriff (zu § 1 Nr. 4)

Als Unfall gelten auch

1. Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff.
Das gilt nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
2. Gesundheitsschädigungen durch unfreiwillige Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
Dies gilt nicht für Vergiftungen durch Alkohol.
3. Gesundheitsschädigungen durch Infektionen durch
 - a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Drei-Tage-Fieber, Echinokokkose, Fleckfieber, FSME, Gelbfieber, Keuchhusten, Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tetanus, Tollwut, Tularämie, Typhus und Paratyphus, Windpocken, Wundinfektionen, Wundstarrkrampf,
 - b) bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.
Hierunter fallen auch Insektenstiche oder Insektenbisse.
 - c) Hierunter fallen auch alle Infektionen durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
4. Gesundheitsschädigungen nach Schutzimpfungen
Einer Infektion (siehe Nr. 3) gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen.
5. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.
Fahrräder mit Hilfsmotor / Pedelecs (ohne und mit Anfahrhilfe bis 6 km/h) bis 25 km/h und maximal 250 Watt Motorleistung, soweit diese nicht versicherungspflichtig sind, fallen nicht unter den Begriff „motorisierte Fahrzeuge“.
6. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt und Schlaganfall - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 – Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen soweit diese durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind.
Mitversichert sind auch der unfallbedingte Herzinfarkt, und der unfallbedingte Schlaganfall.
7. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen wegen unfreiwilliger Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder Ähnliches - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch eine unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder Ähnliches verursacht sind.
Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat eine Bewusstseinsstörung durch unfreiwillige Einnahme von K.O.-Tropfen oder Drogen unverzüglich der Polizei anzuzeigen.
Bezüglich der Folgen einer nichterstatteten Anzeige bei der Polizei wird auf § 14 Nr. 2 AUB 2015 – Standard verwiesen.

2. Erhöhte Kraftanstrengungen (zu § 1 Nr. 5)

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.
- einen Knochenbruch zuzieht.

- Menisken schädigt.

3. Invaliditätsleistung (zu § 3 Nr. 1 - Voraussetzung für die Leistung)

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

- 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 18 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

c) Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

Diese Regelung gilt nicht für die Fristenregelung des § 3 Nr. 1 d) und e) AUB 2015 – Standard.

4. Invaliditätsleistung (zu § 3 Nr. 2 b) aa) – Art und Höhe der Leistung - Gliedertaxe)

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

eines Armes	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70%
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
einer Hand	70%
eines Daumens	25%
eines Zeigefingers	16%
eines anderen Fingers	10%
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	60%
eines Beins über der Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beins bis unterhalb des Knies	70%
eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels	70%
oder eines Fußes	70%
einer großen Zehe	8%
einer anderen Zehe	3%
eines Auges	80%
beide Augen	100%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100%
des Gehörs auf einem Ohr	40%
des Gehörs auf beiden Ohren	80%
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	80%
des Geruchs	10%
des Geschmacks	10%
der Stimme	100%

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

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

5. Invaliditätsleistung - Sofortleistung bei Schwerverletzungen (zu § 3)

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer im Folgenden genannten Verletzung:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Hautoberfläche,
- Erblindung,

- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,

wird einmalig eine Versicherungssumme von 10.000,- Euro gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte. Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Versicherungssumme nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannte Entschädigungsgrenze nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

6. Übergangsleistung (zu § 5 Nr. 1 - Voraussetzung für die Leistung der Übergangsleistung)

- a) Die versicherte Person ist unfallbedingt
- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - nach Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag gerechnet
 - noch zu 100% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung hat innerhalb der 3 Monate ununterbrochen bestanden.

- b) Der Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass die Beeinträchtigung mindestens 3 Monate gedauert hat.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

- c) Art und Höhe der Leistungen

Der Versicherer zahlt diese Übergangsleistung in Höhe von 25% der vereinbarten Versicherungssumme. Der Betrag wird auf einen Anspruch auf die Übergangsleistung nach § 5 Nr. 1 AUB 2015 - Standard nach diesen Bedingungen angerechnet.

7. Krankenhaus-Tagegeld (zu § 7 Nr. 2 - Höhe und Dauer der Leistung)

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- Für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
- Für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschlussheilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 14 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

8. Krankenhaus-Tagegeld - Genesungsgeld (zu § 7)

a) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 7 Nr. 1 AUB 2015 – Standard.

b) Höhe und Dauer der Leistung

- aa) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 200 Tage, und zwar
- für den 1. – 100. Tag 100%
 - für den 101. – 200. Tag 25%
- des Krankenhaustagegeldes.
- bb) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

9. Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich - oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik,

- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem Unfall bedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 30.000,- Euro.

10. Kosten für Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat bei der versicherten Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% im Sinne des § 3 AUB 2015 - Standard-Deckung geführt.

Voraussetzung ist, dass diese Mehraufwendungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall,
- medizinisch notwendig und

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person und
- den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder
- den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 15.000,- Euro

11. Kosten für Dekompressionskammer nach Tauchunfällen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Tauchunfall Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer entstanden

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

12. Haushaltshilfegeld (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person kann nach einem Unfall den eigenen Haushalt, in dem mindestens ein Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist, aus medizinischen Gesichtspunkten nicht führen.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für eine Haushaltshilfe für längsten für 60 Tage, bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 6.000,- Euro.

13. Kosten für medizinische Hilfsmittel (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzung und Art der Leistungen

Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall folgende medizinische Hilfsmittel

- Arm- und / oder Beinprothese,
- Geh- und Stützapparate,
- Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl

Voraussetzung ist, dass diese Hilfsmittel

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall,
- medizinisch notwendig und
- von einem Arzt verordnet sind.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt auf 10.000,- Euro.

14. Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen einer durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, gilt nicht als Rehabilitationsmaßnahme.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung

in einem Rehabilitationszentrum bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 5.000,- Euro. Berücksichtigung findet dabei auch die Bestimmung des § 10 AUB 2014-Standard.

15. Umschulungsmaßnahmen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall, wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit, eine Umschulung.

Voraussetzung ist, dass diese Umschulung

- von einer staatlich anerkannten Umschulungsorganisation
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall

erfolgt.

Berufsunfähigkeit heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

16. Zahnersatzkosten (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnersatzbehandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung seines Gebisses zu beheben.

Die Zahnersatzbehandlung erfolgt bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

Sollten auch Schneide- und Eckzähne betroffen sein und diese unter den Deckungsumfang des § 9 fallen, so geht die Kostenerstattung nach § 9 Nr. 1 a) AUB 2015 – Standard vor.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

17. Komageld nach einem Unfall (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- fällt infolge eines Unfalls in ein Koma
- oder die versicherte Person wird nach einem Unfall in ein künstliches Koma versetzt.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer bezahlt, solange sich die versicherte Person im Koma befindet, ein tägliches Komageld von 15,- Euro für maximal 1 Jahr.

18. Zu den Kosten gemäß Nr. 9 bis Nr. 17

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten gemäß der Nr. 9 bis Nr. 17 nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Dynamik:

Die in den Nr. 9 bis Nr. 17 genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

19. Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen – Mitwirkungsanteil (zu § 10 Nr. 2)

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

a) 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.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.

b) Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40%, nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

20. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 3) - Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

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

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

Ausnahme:

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 21. 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.

21. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 7 c) - Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und für diesen Unfall besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

- Eine Hand- oder Fußpflege (z.B. Schneiden von Nägeln) wird nicht als Heilmaßnahme angesehen.

22. Regelungen bei der Versicherung von Kindern (zu § 12 Nr. 2) - Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

a) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

b) **Vollinvalidität des Versicherungsnehmers**

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer Vollinvalide wird gilt folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

23. Regelungen bei der Versicherung von Kindern (zu § 12)

Doppelte Todesfalleistung

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme der jeweils höchstversicherten Person zur Auszahlung, höchstens jedoch ein Gesamtbeitrag von 60.000,- Euro je Elternteil.

24. Familienvorsorge

1. Prämienfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall

Für den Fall der Eheschließung oder der Geburt/ Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrages gilt folgendes:

- a) Prämienfrei mitversichert ist der Ehepartner ab Tag der Eheschließung.
- b) Prämienfrei mitversichert ist das Kind ab der Vollendung der Geburt/ ab dem Tag der Adoption.
- c) Die Prämienfreiheit gilt für die Dauer eines Jahres.
- d) Der prämienfreie Versicherungsschutz ist begrenzt auf die vereinbarten Versicherungssummen der jeweils höchstversicherten Person, maximal jedoch
 - 40.000,- Euro für den Invaliditätsfall und
 - 10.000,- Euro für den Todesfall

2. Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/ Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur zweiten auf den Todestag folgenden Hauptfälligkeit prämienfrei weitergeführt.

3. Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Familienvorsorge-Versicherungssummen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannten Höchstbeträge nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

II D Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Top-Deckung (BB-Top-Deckung), Stand 01.08.2015

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Komfort-Deckung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen
 2. Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 - Standard), Stand 01.08.2015
-

In Abänderung und/oder Erweiterungen der entsprechenden Regelungen der (B) Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 – Standard), Stand 01.08.2015 wird folgendes vereinbart:

1. Erweiterter Unfallbegriff (zu § 1 Nr. 4)

Als Unfall gelten auch

1. Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff.
Das gilt nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
2. Gesundheitsschädigungen durch Vergiftungen infolge unfreiwilliger Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
Dies gilt nicht für Vergiftungen durch Alkohol.
3. Gesundheitsschädigungen durch Infektionen durch
 - a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Drei-Tage-Fieber, Echinokokkose, Fleckfieber, FSME, Gelbfieber, Keuchhusten, Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tetanus, Tollwut, Tularämie, Typhus und Paratyphus, Windpocken, Wundinfektionen, Wundstarrkrampf,
 - b) bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.
Hierunter fallen auch Insektenstiche oder Insektenbisse.
 - c) Hierunter fallen auch alle Infektionen durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
4. Gesundheitsschädigungen nach Schutzimpfungen
Einer Infektion (siehe Nr. 3) gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen.
5. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,5 Promille liegt.
Fahrräder mit Hilfsmotor / Pedelecs (ohne und mit Anfahrhilfe bis 6 km/h) bis 25 km/h und maximal 250 Watt Motorleistung, soweit diese nicht versicherungspflichtig sind, fallen nicht unter den Begriff „motorisierte Fahrzeuge“.
6. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt und Schlaganfall - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 – Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen soweit diese durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind.
Mitversichert sind auch der unfallbedingte Herzinfarkt, und der unfallbedingte Schlaganfall.
7. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen wegen unfreiwilliger Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder Ähnliches - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch eine unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder Ähnliches verursacht sind.
Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat eine Bewusstseinsstörung durch unfreiwillige Einnahme von K.O.-Tropfen oder Drogen unverzüglich der Polizei anzuzeigen.
Bezüglich der Folgen einer nichterstatteten Anzeige bei der Polizei wird auf § 14 Nr. 2 AUB 2015 – Standard verwiesen.
8. Allergische Reaktion
Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch allergische Reaktionen aller Art, wenn diese durch eine versicherte Infektion (siehe Nr. 3) verursacht wurden.
9. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch epileptischen Anfälle oder anderen Krampfanfälle - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen soweit diese durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, welche den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht sind.
10. Unfälle durch Bewusstseinsstörung durch Herz- und Kreislaufstörungen, Schwindel oder Ohnmacht - der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 – Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Herz- und Kreislaufstörungen, Schwindel oder Ohnmacht.
11. Unfälle durch Bewusstseinsstörung infolge Übermüdung- der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 – Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung.

12. Unfälle durch Bewusstseinsstörung infolge Erschrecken der Ausschluss unter § 11 Nr. 1 AUB 2015 – Standard greift hierfür nicht.
Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Erschrecken.

2. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegung (zu § 1 Nr. 5)

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

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

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

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

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.
- einen Knochenbruch zuzieht.
- Menisken schädigt.

3. Invaliditätsleistung (zu § 3 Nr. 1 - Voraussetzung für die Leistung)

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

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

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

c) Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

Diese Regelung gilt nicht für die Fristenregelung des § 3 Nr. 1 d) und e) AUB 2015 – Standard.

4. Invaliditätsleistung (zu § 3 Nr. 2 b) aa) – Art und Höhe der Leistung - Gliedertaxe)

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

eines Armes	80%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	80%
einer Hand	75%
eines Daumens	30%
eines Zeigefingers	20%
eines anderen Fingers	15%
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	75%
eines Beins über der Mitte des Oberschenkels	90%
eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	90%
eines Beins bis unterhalb des Knies	80%
eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels	80%
oder eines Fußes	70%
einer großen Zehe	20%
einer anderen Zehe	10%
eines Auges	80%
beide Augen	100%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100%
des Gehörs auf einem Ohr	50%
des Gehörs auf beiden Ohren	80%
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	80%
des Geruchs	20%
des Geschmacks	20%
der Stimme	100%

einer Niere	20%
beider Nieren	100%
sofern die Funktionsfähigkeit der anderen Niere vor dem Unfall bereits verloren war	100%
der Milz	10%
der Milz bei Kindern bis zum vollendetem 14. Lebensjahr	20%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- Enddarms , je Betroffenheit	20%
eines Lungenflügels	50%

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8% (= ein Zehntel von 80%).

5. Invaliditätsleistung - Sofortleistung bei Schwerverletzungen (zu § 3)

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer im Folgenden genannten Verletzung:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Hautoberfläche,
- Erblindung,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,

wird einmalig eine Versicherungssumme von 15.000,- Euro gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Versicherungssumme nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannte Entschädigungsgrenze nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

6. Übergangsleistung (zu § 5 Nr. 1 - Voraussetzung für die Leistung der Übergangsleistung)

- a) Die versicherte Person ist unfallbedingt
- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - nach Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag gerechnet
 - noch zu 100% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung hat innerhalb der 3 Monate ununterbrochen bestanden.

- b) Der Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass die Beeinträchtigung mindestens 3 Monate gedauert hat.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

- c) Art und Höhe der Leistungen

Der Versicherer zahlt diese Übergangsleistung in Höhe von 25% der vereinbarten Versicherungssumme. Der Betrag wird auf einen Anspruch auf die Übergangsleistung nach § 5 Nr. 1 AUB 2015 - Standard nach diesen Bedingungen angerechnet.

7. Krankenhaus-Tagegeld (zu § 7 Nr. 2 - Höhe und Dauer der Leistung)

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- Für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

- Für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschlussheilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 21 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

8. Krankenhaus-Tagegeld - Genesungsgeld (zu § 7)

a) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 7 Nr. 1 AUB 2015 – Standard.

b) Höhe und Dauer der Leistung

- aa) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 500 Tage, und zwar in Höhe von 100% des Krankenhaustagegeldes, maximal 20.000,- Euro.
- bb) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

c) Genesungsgeldanspruch bei Tod der versicherten Person

Der erworbene Anspruch eines etwaig vereinbarten Genesungsgeldes bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person im Krankenhaus verstirbt.

9. Todesfalleistung (zu § 8)

Bei einem unfallbedingten Tod nach § 8 der AUB 2015 - Standard der versicherten Person greift der Ausschluss der Bewusstseinsstörung nach § 11 Nr. 1 AUB 2015 - Standard hierfür nicht.

Die Leistung des Versicherers ist hierfür auf die versicherte Todesfallsumme der versicherten Person, maximal 10.000,- Euro begrenzt.

10. Kosten nach einem Unfall – Kosten für Kosmetische Operationen (zu § 9 Nr. 1)

a) Voraussetzungen für die Leistung

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

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 20.000,- Euro.

11. Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden

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

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 50.000,- Euro.

12. **Kosten für Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)**

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat bei der versicherten Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% im Sinne des § 3 AUB 2015 - Standard-Deckung geführt.

Voraussetzung ist, dass diese Mehraufwendungen

- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall,
- medizinisch notwendig und

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person und
- den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder
- den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 15.000,- Euro.

13. **Kosten für Dekompressionskammer nach Tauchunfällen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)**

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Tauchunfall Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer entstanden.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 30.000,- Euro.

14. **Haushaltshilfegeld (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)**

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person kann nach einem Unfall den eigenen Haushalt, in dem mindestens ein Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist, aus medizinischen Gesichtspunkten nicht führen.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für eine Haushaltshilfe für längsten für 60 Tage, bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 6.000,- Euro.

15. **Kosten für medizinische Hilfsmittel (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)**

a) Voraussetzung und Art der Leistungen

Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall folgende medizinische Hilfsmittel

- Arm- und / oder Beinprothese,
- Geh- und Stützapparate,
- Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl

Voraussetzung ist, dass diese Hilfsmittel

- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall,
- medizinisch notwendig und
- von einem Arzt verordnet sind.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt auf 10.000,- Euro.

16. **Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)**

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen einer durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen

eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, gilt nicht als Rehabilitationsmaßnahme.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung

in einem Rehabilitationszentrum bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 5.000,- Euro. Berücksichtigung findet dabei auch die Bestimmung des § 10 AUB 2015-Standard.

17. Umschulungsmaßnahmen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall, wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit, eine Umschulung.

Voraussetzung ist, dass diese Umschulung

- von einer staatlich anerkannten Umschulungsorganisation
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall

erfolgt.

Berufsunfähigkeit heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt auf 10.000,- Euro.

18. Zahnersatzkosten (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnersatzbehandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung seines Gebisses zu beheben.

Die Zahnersatzbehandlung erfolgt bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

Sollten auch Schneide- und Eckzähne betroffen sein und diese unter den Deckungsumfang des § 9 fallen, so geht die Kostenerstattung nach § 9 Nr. 1 a) AUB 2015 – Standard vor.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 20.000,- Euro.

19. Komageld nach einem Unfall (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- fällt infolge eines Unfalls in ein Koma
- oder die versicherte Person wird nach einem Unfall in ein künstliches Koma versetzt.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer bezahlt, solange sich die versicherte Person im Koma befindet, ein tägliches Komageld von 30,- Euro für maximal 1 Jahr.

20. Kosten für Kosmetische Behandlungen (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Behandlung erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und

- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare,
 - Sonstige notwendige Kosten der kosmetischen Behandlung,
- bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 20.000,-Euro.

21. Kosten für medizinische Implantate – gilt nicht für Zahnersatzkosten (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person benötigt ein medizinisches Implantat, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung zu beheben.

Die notwendige Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall,

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare, und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

22. Kosten für Organtransplantation (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person benötigt ein medizinisches Transplantat, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung zu beheben.

- Die notwendige Operation erfolgt durch einen Arzt.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare, und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.

23. Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- bricht unfallbedingt sich einen Knochen oder erleidet einen Bänderriss
- und die Verletzung hat keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer bezahlt ein Schmerzensgeld von 500,- Euro.

24. Kosten für psychologische Soforthilfe (zu § 9 Kosten nach einem Unfall)

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person benötigt

- nach einem Überfall
- oder nach einer Geiselnahme,

dessen Opfer sie geworden ist aufgrund ärztlicher Anordnungen eine psychologische Soforthilfe.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

Arzthonorare für die ersten 10 Sitzungen.

25. Zu den Kosten gemäß Nr. 10 bis Nr. 24

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten gemäß der Nr. 10 bis Nr. 24 nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Dynamik:

Die in den Nr. 10 bis Nr.24 genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

26. Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen – Mitwirkungsanteil (zu § 10 Nr. 2)

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

- a) 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 Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.
- Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.*
- b) Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 70%, nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

27. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 3) - Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

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

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

Ausnahme:

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 21. 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.

28. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 7 c) - Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und für diesen Unfall besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

- Eine Hand- oder Fußpflege (z.B. Schneiden von Nägeln) wird nicht als Heilmaßnahme angesehen.

29. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 7 f) - Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Ergänzend zu B § 11 Nr. 11 f) - Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen - AUB 2015 – Standard.

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall bzw. Geiselnahme, dessen Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt.

30. Regelungen bei der Versicherung von Kindern (zu § 12 Nr. 2) - Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

- a) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

- b) Vollinvalidität des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer Vollinvalid wird gilt folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

31. Regelungen bei der Versicherung von Kindern (zu § 12)

3. Doppelte Todesfalleistung

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme der jeweils höchstversicherten Person zur Auszahlung, höchstens jedoch ein Gesamtleistung von 60.000,- Euro je Elternteil.

32. Familienvorsorge

1. Prämienfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall

Für den Fall der Eheschließung oder der Geburt/ Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrages gilt folgendes:

- a) Prämienfrei mitversichert ist der Ehepartner ab Tag der Eheschließung.
- b) Prämienfrei mitversichert ist das Kind ab der Vollendung der Geburt/ ab dem Tag der Adoption.
- c) Die Prämienfreiheit gilt für die Dauer eines Jahres.
- d) Der prämienfreie Versicherungsschutz ist begrenzt auf die vereinbarten Versicherungssummen der jeweils höchstversicherten Person, maximal jedoch
 - 80.000,- Euro für den Invaliditätsfall und
 - 10.000,- Euro für den Todesfall.

2. Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/ Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur zweiten auf den Todestag folgenden Hauptfälligkeit prämienfrei weitergeführt.

3. Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Familienvorsorge-Versicherungssummen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannten Höchstbeträge nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

II E Besondere Bedingungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr (BB-Kinderunfall), Stand 01.08.2015

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Unfallversicherung für Kinder (Kindertarif) sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen
 2. Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 - Standard), Stand 01.08.2015
 3. Sofern vereinbart: Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Komfort-Deckung (BB-Komfort-Deckung), Stand 01.08.2015
 4. Sofern vereinbart: Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Top-Deckung (BB-Top-Deckung), Stand 01.08.2015
-

In Abänderung und/oder Erweiterungen der entsprechenden Regelungen der (B) Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 – Standard), Stand 01.08.2015 wird folgendes vereinbart:

1. Rooming-In Leistungen bei Unfall des Kindes

a) Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind

- hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- und befindet sich unfallbedingt in medizinischer notwendiger vollstationärer Vollbehandlung,
- und es übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten von 50,- Euro je Übernachtung für längstes 1 Jahr.

2. Leistungen bei Nachhilfe

a) Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und ist gleichzeitig nicht in der Lage, die Schule zu besuchen.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten von je 30,- Euro ab dem 15. Tag bis zum 35. Tag nach dem Unfall.

3. Beschädigung von Zahnspangen

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall des versicherten Kindes Kosten entstanden für die Reparatur von Zahnspangen des versicherten Kindes.

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

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 1.000,- Euro.

4. Zu den Kosten gemäß Nr. 1 bis Nr. 3

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten gemäß der Nr. 1 bis Nr. 3 nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Dynamik:

Die in den Nr. 1 bis Nr. 3 genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

5. Ausschlüsse und teilweise Wiedereinschlüsse (zu § 11 Nr. 2) - Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

a) Herstellung und Gebrauch von Feuerwerkskörpern - der Ausschluss unter § 11 Nr. 2 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.

Mitversichert ist der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch von Feuerwerkskörper, wenn mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

b) Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen - der Ausschluss unter § 11 Nr. 2 AUB 2015 - Standard greift hierfür nicht.

Mitversichert ist der Unfall welcher sich beim Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen ereignet, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

II F Besondere Bedingungen für den Zuwachs von Leistungen und Prämie – Dynamik (BB-Dynamik), Stand 01.08.2015

1. Zuwachs von Leistungen und Prämie (Dynamik)

Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.

Dabei werden die Versicherungssummen

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 Euro,
- für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld auf volle 1,- Euro
- und für die Unfallrente auf volle 10,- Euro aufgerundet.

Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Die Entschädigungsgrenzen oder die Versicherungssummen Leistung, bei den auf den Ausschluss der Dynamik hingewiesen wird, bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Zu dem Anpassungstermin erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung in Textform über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer der Anpassung innerhalb von 6 Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Prämie fortgeführt werden.

3. Wenn der Versicherungsnehmer es versäumt, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur die Prämie des Vorjahres zahlt, bleibt trotz Fristablauf der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die der bezahlten Prämie entsprechen.

4. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Prämie für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

II G Progressionsstaffeln, Stand 01.08.2015

Voraussetzung für die Vereinbarung von Progressionsstaffeln ist die Beantragung einer entsprechenden Progressionsstaffel sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015 - Standard), Stand 01.08.2015
3. Sofern vereinbart: Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Komfort-Deckung (BB-Komfort-Deckung), Stand 01.08.2015
4. Sofern vereinbart: Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Top-Deckung (BB-Top-Deckung), Stand 01.08.2015

Es gilt die gemäß Versicherungsschein dokumentierte Progressionsstaffel:

I. Progressive Staffeln zur Standard- und zur Komfort-Deckung:

1. Mehrleistungen 200%
2. Progressive Staffel 225%
3. Progressive Staffel 300%
4. Progressive Staffel 350%
5. Progressive Staffel 400%
6. Progressive Staffel 500%
8. Progressive Staffel 600%
8. Progressive Staffel 1000%

1. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistung (200 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Es wird die doppelte Invaliditätsleistung fällig, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.
- b) Der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000,- EUR beschränkt.

2. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	195
31	37	46	67	61	108	76	153	91	198
32	39	47	69	62	111	77	156	92	201
33	41	48	71	63	114	78	159	93	204
34	43	49	73	64	117	79	162	94	207
35	45	50	75	65	120	80	165	95	210
36	47	51	78	66	123	81	168	96	213
37	49	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

3. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (300 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	260
31	43	46	88	61	144	76	204	91	264
32	46	47	91	62	148	77	208	92	268
33	49	48	94	63	152	78	212	93	272
34	52	49	97	64	156	79	216	94	276
35	55	50	100	65	160	80	220	95	280
36	58	51	104	66	164	81	224	96	284
37	61	52	108	67	168	82	228	97	288
38	64	53	112	68	172	83	232	98	292
39	67	54	116	69	176	84	236	99	296
40	70	55	120	70	180	85	240	100	300

4. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	300
31	43	46	88	61	155	76	230	91	305
32	46	47	91	62	160	77	235	92	310
33	49	48	94	63	165	78	240	93	315
34	52	49	97	64	170	79	245	94	320
35	55	50	100	65	175	80	250	95	325
36	58	51	105	66	180	81	255	96	330
37	61	52	110	67	185	82	260	97	335
38	64	53	115	68	190	83	265	98	340
39	67	54	120	69	195	84	270	99	345
40	70	55	125	70	200	85	275	100	350

5. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (400 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	136	71	226	86	316
27	31	42	76	57	142	72	232	87	322
28	34	43	79	58	148	73	238	88	328
29	37	44	82	59	154	74	244	89	334
30	40	45	85	60	160	75	250	90	340
31	43	46	88	61	166	76	256	91	346
32	46	47	91	62	172	77	262	92	352
33	49	48	94	63	178	78	268	93	358
34	52	49	97	64	184	79	274	94	364
35	55	50	100	65	190	80	280	95	370
36	58	51	106	66	196	81	286	96	376
37	61	52	112	67	202	82	292	97	382
38	64	53	118	68	208	83	298	98	388
39	67	54	124	69	214	84	304	99	394
40	70	55	130	70	220	85	310	100	400

6. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	30	41	105	56	192	71	297	86	402
27	35	42	110	57	199	72	304	87	409
28	40	43	115	58	206	73	311	88	416
29	45	44	120	59	213	74	318	89	423
30	50	45	125	60	220	75	325	90	430
31	55	46	130	61	227	76	332	91	437
32	60	47	135	62	234	77	339	92	444
33	65	48	140	63	241	78	346	93	451
34	70	49	145	64	248	79	353	94	458
35	75	50	150	65	255	80	360	95	465
36	80	51	157	66	262	81	367	96	472
37	85	52	164	67	269	82	374	97	479
38	90	53	171	68	276	83	381	98	486
39	95	54	178	69	283	84	388	99	493
40	100	55	185	70	290	85	395	100	500

7. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (600 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	31	41	121	56	217	71	322	86	460
27	37	42	127	57	224	72	329	87	470
28	43	43	133	58	231	73	336	88	480
29	49	44	139	59	238	74	343	89	490
30	55	45	145	60	245	75	350	90	500
31	61	46	151	61	252	76	360	91	510
32	67	47	157	62	259	77	370	92	520
33	73	48	163	63	266	78	380	93	530
34	79	49	169	64	273	79	390	94	540
35	85	50	175	65	280	80	400	95	550
36	91	51	182	66	287	81	410	96	560
37	97	52	189	67	294	82	420	97	570
38	103	53	196	68	301	83	430	98	580
39	109	54	203	69	308	84	440	99	590
40	115	55	210	70	315	85	450	100	600

8. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	34	41	169	56	322	71	502	86	748
27	43	42	178	57	334	72	514	87	766
28	52	43	187	58	346	73	526	88	784
29	61	44	196	59	358	74	538	89	802
30	70	45	205	60	370	75	550	90	820
31	79	46	214	61	382	76	568	91	838
32	88	47	223	62	394	77	286	92	856
33	97	48	232	63	406	78	604	93	874
34	106	49	241	64	418	79	622	94	892
35	115	50	250	65	430	80	640	95	910
36	124	51	262	66	442	81	658	96	928
37	133	52	274	67	454	82	676	97	946
38	142	53	286	68	466	83	694	98	964
39	151	54	298	69	478	84	712	99	982
40	160	55	310	70	490	85	730	100	1000

II. Progressive Staffeln zur Top-Deckung:

1. Mehrleistung 200%
2. Progressive Staffel 225% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
3. Progressive Staffel 300% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
4. Progressive Staffel 350% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
5. Progressive Staffel 400% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
6. Progressive Staffel 500% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
7. Progressive Staffel 600% (mit PLUS ab 90% Invalidität)
8. Progressive Staffel 1000% (ohne PLUS ab 90% Invalidität)

1. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistung (200 Prozent)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Es wird die doppelte Invaliditätsleistung fällig, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.
- b) Der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000,- EUR beschränkt.

2. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	295
31	37	46	67	61	108	76	153	91	298
32	39	47	69	62	111	77	156	92	301
33	41	48	71	63	114	78	159	93	304
34	43	49	73	64	117	79	162	94	307
35	45	50	75	65	120	80	165	95	310
36	47	51	78	66	123	81	168	96	313
37	49	52	81	67	126	82	171	97	316
38	51	53	84	68	129	83	174	98	319
39	53	54	87	69	132	84	177	99	322
40	55	55	90	70	135	85	180	100	325

3. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (300 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	360
31	43	46	88	61	144	76	204	91	364
32	46	47	91	62	148	77	208	92	368
33	49	48	94	63	152	78	212	93	372
34	52	49	97	64	156	79	216	94	376
35	55	50	100	65	160	80	220	95	380
36	58	51	104	66	164	81	224	96	384
37	61	52	108	67	168	82	228	97	388
38	64	53	112	68	172	83	232	98	392
39	67	54	116	69	176	84	236	99	396
40	70	55	120	70	180	85	240	100	400

4. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	400
31	43	46	88	61	155	76	230	91	405
32	46	47	91	62	160	77	235	92	410
33	49	48	94	63	165	78	240	93	415
34	52	49	97	64	170	79	245	94	420
35	55	50	100	65	175	80	250	95	425
36	58	51	105	66	180	81	255	96	430
37	61	52	110	67	185	82	260	97	435
38	64	53	115	68	190	83	265	98	440
39	67	54	120	69	195	84	270	99	445
40	70	55	125	70	200	85	275	100	450

5. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (400 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	136	71	226	86	316
27	31	42	76	57	142	72	232	87	322
28	34	43	79	58	148	73	238	88	328
29	37	44	82	59	154	74	244	89	334
30	40	45	85	60	160	75	250	90	440
31	43	46	88	61	166	76	256	91	446
32	46	47	91	62	172	77	262	92	452
33	49	48	94	63	178	78	268	93	458
34	52	49	97	64	184	79	274	94	464
35	55	50	100	65	190	80	280	95	470
36	58	51	106	66	196	81	286	96	476
37	61	52	112	67	202	82	292	97	482
38	64	53	118	68	208	83	298	98	488
39	67	54	124	69	214	84	304	99	494
40	70	55	130	70	220	85	310	100	500

6. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	30	41	105	56	192	71	297	86	402
27	35	42	110	57	199	72	304	87	409
28	40	43	115	58	206	73	311	88	416
29	45	44	120	59	213	74	318	89	423
30	50	45	125	60	220	75	325	90	530
31	55	46	130	61	227	76	332	91	537
32	60	47	135	62	234	77	339	92	544
33	65	48	140	63	241	78	346	93	551
34	70	49	145	64	248	79	353	94	558
35	75	50	150	65	255	80	360	95	565
36	80	51	157	66	262	81	367	96	572
37	85	52	164	67	269	82	374	97	579
38	90	53	171	68	276	83	381	98	586
39	95	54	178	69	283	84	388	99	593
40	100	55	185	70	290	85	395	100	600

7. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (600 Prozent mit PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	31	41	121	56	217	71	322	86	460
27	37	42	127	57	224	72	329	87	470
28	43	43	133	58	231	73	336	88	480
29	49	44	139	59	238	74	343	89	490
30	55	45	145	60	245	75	350	90	600
31	61	46	151	61	252	76	360	91	610
32	67	47	157	62	259	77	370	92	620
33	73	48	163	63	266	78	380	93	630
34	79	49	169	64	273	79	390	94	640
35	85	50	175	65	280	80	400	95	650
36	91	51	182	66	287	81	410	96	660
37	97	52	189	67	294	82	420	97	670
38	103	53	196	68	301	83	430	98	680
39	109	54	203	69	308	84	440	99	690
40	115	55	210	70	315	85	450	100	700

8. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 Prozent ohne PLUS ab 90 % Invalidität)

In Abänderung zu § 3 Nr. 2 der AUB 2015 – Standard, Stand 01.08.2015 gilt:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	34	41	169	56	322	71	502	86	748
27	43	42	178	57	334	72	514	87	766
28	52	43	187	58	346	73	526	88	784
29	61	44	196	59	358	74	538	89	802
30	70	45	205	60	370	75	550	90	820
31	79	46	214	61	382	76	568	91	838
32	88	47	223	62	394	77	286	92	856
33	97	48	232	63	406	78	604	93	874
34	106	49	241	64	418	79	622	94	892
35	115	50	250	65	430	80	640	95	910
36	124	51	262	66	442	81	658	96	928
37	133	52	274	67	454	82	676	97	946
38	142	53	286	68	466	83	694	98	964
39	151	54	298	69	478	84	712	99	982
40	160	55	310	70	490	85	730	100	1000

II H Besondere Bedingungen für den Baustein „First Aid“ bei Vereinbarung der BB-Top-Deckung (BB-First Aid), Stand 01.08.2015

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist

1. die Beantragung der BB-Top-Deckung, sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.
2. das Bestehen einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen.

Der Versicherungsschutz endet mit dem Ablauf der Unfallversicherung.

§ 1 Leistungsfall

Leistungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einer versicherten Person, wegen eines Unfalles, gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen bzw. dessen Folgen.

Der Leistungsfall beginnt mit der stationären Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

§ 2 Leistungsumfang

1. Nach einem Unfall gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen erstattet der Versicherer, nach Vorleistung einer Krankenversicherung (= deutsche gesetzliche Krankenversicherung, private Krankheitskostenvollversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung oder sonstiger Versicherung bzw. nach Gewährung der Beihilfe entsprechend den Vorgaben des Bundes oder der Länder), folgende Kosten:
 - Stationäre Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers.
 - Kosten einer privatärztlichen Behandlung wegen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus. Dazu gehören auch die notwendigen Operationskosten.
 - Verlegungskosten, wenn die versicherte Person während der stationären Behandlung eine Verlegung in andere Klinik zur weiteren stationären Behandlung wünscht. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Es wird jedoch nicht ein eventueller mit der privaten Krankheitskostenvollversicherung oder der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarter Selbstbehalt ersetzt. Gleiches gilt für die Zuzahlungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

§ 3 Versicherungssumme

1. Im Inland

Die Höhe der Leistungen im Inland ist, für jede versicherte Person eines Vertrages, auf 50.000,- Euro je Unfallereignis begrenzt.

2. Im Ausland

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

Die Entschädigung für alle versicherten Kosten ist je versicherte Person auf 500.000,- Euro je Unfallereignis begrenzt. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

3. Verlegungskosten

Abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 ist die Entschädigungsleistung im In- und Ausland auf 5.000,- Euro begrenzt.

§ 4 Obliegenheiten

1. Nach einem Unfall, muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich den Vorgang bei der Domcura AG / Nordvers GmbH Notfallzentrale melden.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer, auf Anforderung des Versicherers, eine Abtretungserklärung seiner Ansprüche gegen die in § 2 Nr. 1 genannte Krankenversicherung zu übersenden.
3. Ansonsten gelten die Bestimmungen des § 14 Nr. 1 und Nr. 2 AUB 2015-Standard der vertraglichen Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Deckung (AUB 2015– Standard).

§ 5 Versicherung von Assistance-Leistungen

Der Versicherer erbringt in Folge eines ersatzpflichtigen Unfalles gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen bzw. dessen Folgen der versicherten Person die im Einzelnen aufgeführten Beistandsleistungen als Ersatz für aufgewandte Kosten:

1. Versicherungsfälle im Inland

- Organisation der medizinischen Hilfeleistungen, Verlegung in eine andere Klinik und die Überführung im Todesfall.
- Kostenübernahmeerklärung vor Ort (aus medizinischen Gründen notwendiger Krankenrücktransport und Überführungskosten u. a.).

2. Versicherungsfälle im Ausland

Zusätzlich:

- Vermittlung ärztlicher Betreuung.

Erleidet eine versicherte Person bei einem Aufenthalt im Ausland einen ersatzpflichtigen Unfall gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen bzw. dessen Folgen, so informiert der Versicherer auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellt, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.

- Übermittlung von Nachrichten an die Familie der versicherten Person bei Unfällen im Ausland.

III D Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen, Versicherungsvermittler und an der Vermittlung, Betreuung, Verwaltung und Schadenbearbeitung beteiligte Dritte können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse richtig, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die automatisierte Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerrufs, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt, oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie zum Beispiel beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Service-/ Vertragsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Prämien, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben Versicherer in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungs-technische Angaben vom Versicherer, wie Versicherungsnummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden diesen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilung über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Haftpflichtversicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und –verhütung

Kfz-Versicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und –verhütung

Lebensversicherer:

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Prämienzuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers, Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Prämienzuschläge.

Zweck: Risikoprüfung

Rechtsschutzversicherer:

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten;
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung

Sachversicherer:

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs

Transportversicherer:

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch

5. Datenverarbeitung in und außerhalb des Unternehmens

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Service-/ Vertragsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die allgemeinen Kundendaten (z. B. Name, Adresse, Service-/ Vertragsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen

nur von den jeweiligen Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch Ihren Versicherungsvermittler betreut. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften und Pools, die der Vermittler nutzt. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Service-/Vertragsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Vermittler verarbeiten und nutzen selbst die personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von den jeweiligen Gesellschaften über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten der jeweiligen Gesellschaft. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihre Vertragsgesellschaft.