

Gruppen-Unfallversicherung für Firmen

U 69.2

Inhaltsverzeichnis

- I Deklaration des Versicherungsschutzes – XXL-Schutz
- II Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AL-AUB 2008)
– 10.2016
- III Besondere Bedingungen, Zusatzbedingungen, Geschriebene Bedingungen

I Deklaration des Versicherungsschutzes – XXL-Schutz

1 Der Versicherungsfall

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

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt.

2 Die versicherbaren Leistungsarten

- Invaliditätsleistung
- Verbesserte Übergangsleistung
- Tagegeld
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Todesfalleistung

- Kosten für kosmetische Operationen

- Servicepaket »Hilfe und Pflege«

3 Verbesserung des Versicherungsschutzes mit besonderer Vereinbarung

- Progressive Invaliditätsstaffel 225 %
- Progressive Invaliditätsstaffel 350 %
- Progressive Invaliditätsstaffel 500 %
- OptionAL²¹-SB Modell über 20 % Invaliditätsgrad mit Progressiver Invaliditätsstaffel 500 %
- OptionAL⁵⁰-SB Modell ab 50 % Invaliditätsgrad mit Mehrleistung 100 %

4 Versicherungsumfang

Bitte beachten Sie: Diese Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Der rechtsverbindliche Umfang des Versicherungsschutzes geht ausschließlich aus den für diesen Vertrag vereinbarten Versicherungsbedingungen hervor.	XXL-Schutz
Unfälle bei Rettungsmaßnahmen	●
Versicherungsschutz bei Gasen und Dämpfen	●
Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Sauerstoff- und Nahrungsentzug	●
Tauchtypische Gesundheitsschäden	●
Insektenbisse und -stiche sind Unfälle	●
Erfrieren, Erstickten, Ertrinken in Notsituationen	●
Kapitalleistung bei Invalidität	ohne Höchstalter
Frist zum Eintritt der Invalidität	18 Monate
Frist zur ärztlichen Feststellung und Geltendmachung der Invalidität	21 Monate
Verbesserte Gliedertaxe	●
Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	ab 40 %
Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit, beim Lenken von Kraftfahrzeugen bis 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt	●
Bewusstseinsstörungen durch Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	●
Bewusstseinsstörungen durch Schlaganfall/Herzinfarkt, epileptische Anfälle, Krampfanfälle	●
Unfälle durch Übermüdung/Einschlafen	●
Beerdigungskosten trotz bestimmter Leistungsausschlüsse	Todesfallsumme, max. 5.000 EUR
Passives Kriegsrisiko (Überraschungsklausel)	14 Tage
Unfälle bei Fahrtveranstaltungen zur Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit	●
Versicherungsschutz bei Strahlenunfällen	●
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut sind keine Heilmaßnahmen	●
Infektionen durch Zeckenbiss	●
Infektionen durch Hautverletzungen von Tieren, auch Insektenstiche und -bisse	●
Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen	●
Nahrungsmittelvergiftungen	●
Psychische Störungen aufgrund unfallbedingter Erkrankung des Nervensystems	●
Verlängerte Frist bei Berufsänderung	6 Monate
Ver spätete Hinzuziehung eines Arztes bei geringfügigen Verletzungen	●
Verdienstausfall für Selbständige und Freiberufler bei angeordneten Untersuchungen, soweit nicht nachgewiesen	1,5 ‰ der Invaliditätssumme, max. 600 EUR
Frist zur Meldung des Todesfalls	7 Tage
Rechtsanspruch auf Außerkräftsetzung bei Arbeitslosigkeit	●
Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch auch ohne äußere Einwirkung	10 ‰ der Invaliditätssumme, max. 5.000 EUR

- mitversichert im Rahmen der Vertragsbedingungen

Bitte beachten Sie: Diese Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Der rechtsverbindliche Umfang des Versicherungsschutzes geht ausschließlich aus den für diesen Vertrag vereinbarten Versicherungsbedingungen hervor.	XXL-Schutz
Familienvorsorge bis zu 12 Monate für ■ Neugeborene und Adoptivkinder ■ Ehepartner/eingetragene Lebenspartner	50 % der Invaliditätssumme des Versicherungsnehmers, max. 30.000 EUR
Sofern Verbesserte Übergangsleistung vereinbart Sofortleistungen bei schweren Verletzungen	50 % der Übergangsleistung, max. 3.000 EUR
Sofern Tagegeld vereinbart Tagegeld nach Abschluss ärztlicher Behandlung bei fortdauernder Arbeitsbeeinträchtigung	●
Sofern Krankenhaustagegeld vereinbart Krankenhaustagegeld ■ maximale Dauer ■ vollstationäre Rehabilitation ■ ambulante Operationen	3 Jahre inklusive 3 Tage
Genesungsgeld ■ maximale Dauer (ohne Staffelung) ■ nach vollstationärer Rehabilitation ■ nach ambulanten Operationen	100 Tage inklusive 3 Tage
Weitere Leistung ■ Übernahme der gesetzlichen Zuzahlungen bei vollstationärer Behandlung	bis max. 50 % des Krankenhaustagegeldes
Kosmetische Operationen inklusive Schäden an natürlichen Zähnen	10.000 EUR
Frist zur Durchführung einer kosmetischen Operation	5 Jahre
Bergungskosten inklusive Rückreisekosten aus dem In- und Ausland und Kosten für Dekompressionskammer	30.000 EUR
Beihilfe zu Kuren und vollstationären Rehabilitationen	2.000 EUR
Zusatzschutz für Kinder	XXL-Schutz
Fahradhelm – 25 % Mehrleistung bei Invalidität	●
Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit	20-faches Krankenhaustagegeld Kind, max. 500 EUR
Rooming-in-Leistung pro Übernachtung	analog Krankenhaustagegeld Kind, max. 30 Tage
Zusätzliche Todesfallleistung für Vollwaisen	50 % Todesfallleistung der Eltern, max. 10.000 EUR
Frist zur Neubemessung der Invalidität von Kindern bis 16 Jahre	5 Jahre
Frist zur Durchführung einer kosmetischen Operation	bis zum 25. Lebensjahr

- mitversichert im Rahmen der Vertragsbedingungen

II Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AL-AUB 2008) –Stand 10.2016

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

Der Versicherungsumfang	5	Der Leistungsfall.....	8
1 Was ist versichert?	5	7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	8
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	5	8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	8
2.1 Invaliditätsleistung.....	5	9 Wann sind die Leistungen fällig?	8
2.2 Übergangsleistung	6	Die Versicherungsdauer	8
2.3 Tagegeld	6	10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? Wann ruht der Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit?	8
2.4 Krankenhaustagegeld	6	Der Versicherungsbeitrag.....	9
2.5 Genesungsgeld	6	11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?9	
2.6 Todesfallleistung.....	6	Weitere Bestimmungen.....	10
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?.....	6	12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	10
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	7	13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	10
5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ..7		14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?.....	11
6 Was müssen Sie.....	7	15 Welches Gericht ist zuständig?	11
■ bei vereinbartem Kinder-Tarif und	7	16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?.....	11
■ bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	7	17 Welches Recht findet Anwendung?.....	11
6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs.....	7		

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

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

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

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

1.3.1 Gesundheitsschädigungen durch Unfälle, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Sachen oder Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig eingetreten.

1.3.2 Ein Unfall liegt auch vor, wenn die versicherte Person unfreiwillig Gesundheitsschäden durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen erleidet, sofern es sich nicht um Gesundheitsschäden handelt, die als Berufs- und Gewerkrankheiten gelten.

1.3.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung oder der Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser gelten als Unfall, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.3.4 Insektenbisse und -stiche sind auch Unfälle. Der Ausschluss von Infektionen gemäß Ziffer 5.2.4.1 bleibt davon unberührt.

1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

■ ein Gelenk verrenkt wird oder

■ Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

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

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

■ innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und

■ innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden 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 des jeweiligen Prozentsatzes.

2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Nach Abschluss der ärztlichen Behandlung wird Tagegeld auch gezahlt, wenn die Fortdauer der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vom behandelnden Arzt bescheinigt wird.

Nach Eintritt der Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 wird weiteres Tagegeld nur gezahlt bei erneuter ärztlicher Behandlung.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend des Anteils der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind:

4.1.1 dauernd pflegebedürftige Personen;

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Pflegebedürftig in diesem Sinne sind auch dauernd Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe II und III).

4.1.2 geistig oder psychisch kranke Personen, deren Gesundheitsstörung zur Folge hat, dass sie ohne Aufsicht nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 4.1.1 und 4.1.2 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Die entrichtete Prämie zahlen wir ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen;

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

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

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

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

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

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

Versicherungsschutz besteht jedoch für Fahrtveranstaltungen, bei denen es ausschließlich um die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt, einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen;

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen;

5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder

- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für

- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Absatz 2 entsprechend.

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

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

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kinder-Tarif und

- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.6, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

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

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate

nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.6 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unsere tarifliche Gefahrengruppeneinteilung (Berufsgruppen), die im Vertragsdokument, Abschnitt Besondere Hinweise abgedruckt ist.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen, gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

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

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

Wir werden uns bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen nicht auf Obliegenheitsverletzung berufen, wenn Sie den Arzt erst dann hinzugezogen haben, als der wirkliche Umfang erkennbar wurde.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

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

7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten in Textform – zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen;
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

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

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe;
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe;
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz;
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

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

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1
- von Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit?**

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Vertragsdokument angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Vertragsdokument angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündi-

gen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

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

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei Arbeitslosigkeit

Der Versicherungsschutz tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers, längstens für die Dauer von drei Jahren außer Kraft, wenn dieser während der Vertragsdauer arbeitslos wird. Die Außerkraftsetzung beginnt mit dem Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit, wenn der Nachweis über die Arbeitslosigkeit innerhalb von zwei Monaten beim Versicherer eingeht. Anderenfalls beginnt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald die Mitteilung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eintrifft.

10.6 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.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr. Beim Einmalbeitrag entspricht die Versicherungsperiode der vereinbarten Versicherungsdauer, beträgt jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten oder im Vertragsdokument angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem im Satz 1 oder 2 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist.

Weicht das Vertragsdokument vom Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Vertragsdokuments zu zahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

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

11.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftmächtigung

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne von Satz 1 in Textform stellen.

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

13.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen angenommen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.4 Anfechtung

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist.

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

16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Vertragsdokument oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

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

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Der Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG), dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dem Handelsgesetzbuch (HGB), dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), der Zivilprozessordnung (ZPO) und dem Wohnungseigentumsgesetz (WEG) ist als Anhang AZ 120 beigefügt.

III Besondere Bedingungen und Geschriebene Bedingungen – je nach beantragtem Versicherungsumfang

1	Die nachstehenden Bedingungen gelten ohne besondere Vereinbarung	12	3	Versicherungsumfang XXL-Schutz	13
2	Die nachstehenden Bedingungen gelten im Rahmen des XXL-Schutzes oder soweit im Vertragsdokument besonders beurkundet.....	13	4	Die nachstehenden Bedingungen gelten, soweit im Vertragsdokument besonders beurkundet.....	16

1 Die nachstehenden Bedingungen gelten ohne besondere Vereinbarung

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe

1 Versicherungen ohne Namensangabe

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

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

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

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

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz, einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AL-AUB 2008)

3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung gegenüber den Vertragsparteien beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen oder uns innerhalb eines Monats nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein.

3.2 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihre Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Kumulklausel für die Gruppen-Unfallversicherung

Erleiden mehrere durch diesen Vertrag versicherte Personen durch ein Ereignis einen Unfall, so ist die Gesamtleistung für dieses Ereignis auf 10 Millionen EUR für alle Invaliditätsfälle und 5 Millionen EUR für alle Todesfälle begrenzt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 2008)

Ergänzend zu Ziffer 2 AL-AUB 2008 erbringen wir folgende Leistungen:

1 Art der Leistungen

1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

1.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.3 Wir ersetzen 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.

1.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

1.5 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.

2 Höhe der Leistungen

2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Vertragsdokument genannten Betrag begrenzt.

2.2 Der im Vertragsdokument festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, zahlen wir nur die darüber hinausgehenden Kosten.

2.4 Bestehen für den Versicherten bei der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2 Die nachstehenden Bedingungen gelten im Rahmen des XXL-Schutzes oder soweit im Vertragsdokument besonders beurkundet

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 AL-AUB 2008 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

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

1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten;
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus;
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust natürlicher Zähne entstanden sind. Kein Leistungsanspruch besteht für beschädigten oder verloren gegangenen Zahnersatz (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Gebisse und Prothesen).

3 Versicherungsumfang XXL-Schutz

Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AL-AUB 2008 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

Erfrieren, Ersticken, Ertrinken

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AL-AUB 2008 gelten auch das Ertrinken, Ersticken ebenso ein Erfrieren, weil die versicherte Person durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig den schädigenden Einwirkungen ausgesetzt war und sich diesen aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

Frist zum Eintritt der Invalidität

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1. AL-AUB 2008 muss die Invalidität innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein.

Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AL-AUB 2008 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	75 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	5 %
Bein	75 %
Fuß	45 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %

Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %

Niere	30 %
beide Nieren	80 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern unter 16 Jahren	20 %

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

Stimmklausel

Ein Invaliditätsgrad von 100 % bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der Stimme wird nur angenommen, wenn die Beeinträchtigung auf direkte unfallbedingte Verletzungen des Kopfes, des Gehirns, des Zentralen Nervensystems oder der Artikulationsorgane zurückzuführen sind. Dem Stimmverlust gleichgestellt ist die vollständige Unfähigkeit sprachähnliche Laute zu produzieren.

Ausgenommen bleiben gemäß Ziffer 5.2.6 AL-AUB 2008 krankhafte Störungen durch psychische Reaktionen, auch wenn sie durch einen Unfall verursacht wurden.

Mitwirkende Krankheiten

Abweichend von Ziffer 3 AL-AUB 2008 unterbleibt die Minderung der Leistung, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 40 % beträgt.

Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AL-AUB 2008 leisten wir für Unfälle, die durch Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit entstanden sind; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.

Einnahme von Medikamenten

Abweichend von Ziffer 5.1.1.AL-AUB 2008 sind Unfälle infolge Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten mitversichert.

Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AL-AUB 2008 sind Unfälle infolge eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes, eines epileptischen Anfalles oder anderer Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, mitversichert. Gesundheitsschädigungen durch die genannten Erkrankungen selbst sind nicht versichert.

Übermüdung/Einschlafen

Ergänzend zu Ziffer 5.1.1 AL-AUB 2008 gilt Folgendes:

Übermüdung bzw. Einschlafen infolge Übermüdung fallen nicht unter den Ausschluss von Bewusstseinsstörungen.

Passives Kriegsrisiko

Abweichend von Ziffer 5.1.3 AL-AUB 2008 erlischt der Versicherungsschutz für überraschend eingetretene Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse auf Reisen im Ausland erst am Ende des 14. Tages nach Beginn des Kriegs- oder Bürgerkriegsausbruches auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Beerdigungskosten trotz Leistungsausschluss

Wir zahlen die Beerdigungskosten, wenn die versicherte Todesfallleistung aufgrund der Ausschlussstatbestände gemäß Ziffer 5.1.1 AL-AUB 2008 nicht zu erbringen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, zahlen wir nur die darüber hinausgehenden Kosten.

Höhe der Leistung

- die nachgewiesenen Beerdigungskosten;
- höchstens die vereinbarte Todesfallsumme;
- maximal 5.000 EUR.

Bestehen für den Versicherten bei der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können Beerdigungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Heilmaßnahmen/Eingriffe

Abweichend von Ziffer 5.2.3 AL-AUB 2008 gilt Folgendes:

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als unter den Ausschluss fallende Eingriffe.

Infektionen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.4.2 AL-AUB 2008 besteht jedoch Versicherungsschutz auch für Infektionen, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachten Hautverletzungen übertragen werden (z.B. Früh-sommer-Meningoenzephalitis, Borreliose, Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Pest).

Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit diesen Infektionskrankheiten.

Schutzimpfungen gegen die versicherten Infektionen sind abweichend von Ziffer 5.2.3 AL-AUB 2008 mitversichert. Sie gelten als erstmalige Infizierung mit diesen Infektionskrankheiten, soweit dadurch ein Gesundheitsschaden eintritt.

1. Voraussetzung für die Leistung:

Der Nachweis wurde durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht.

2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AL-AUB 2008 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AL-AUB 2008 besteht Versicherungsschutz für Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Alkohol. Dies gilt jedoch nicht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Psychische Erkrankungen nach einem Unfall

Abweichend von Ziffer 5.2.6 AL-AUB 2008 wird für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abweichend von Ziffer 6.2.2 AL-AUB 2008 gilt Folgendes:

Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von sechs Monaten ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Verdienstaustausch bei Selbständigen und Freiberuflern

In Ergänzung zu Ziffer 7.3 AL-AUB 2008 erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 % der versicherten Summe für Invalidität, höchstens jedoch 600 EUR, wenn bei Selbständigen oder Freiberuflern der Verdienstaustausch im Sinne von Ziffer 7.3 AL-AUB 2008 nicht konkret nachgewiesen wird.

Frist zur Meldung des Todesfalles

Abweichend von Ziffer 7.5 Absatz 1 AL-AUB 2008 ist uns der Todesfall infolge eines Unfalles innerhalb von 7 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, die Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod des Versicherten haben.

Familienvorsorge

Für den Fall der Eheschließung bzw. Begründung einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder der Geburt eines Kindes des Versicherungsnehmers bzw. dessen Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrages gilt Folgendes:

Beitragsfrei mitversichert sind

- der Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner ab dem Tag der Eheschließung bzw. Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- das Kind ab der Vollendung der Geburt bzw. das Adoptivkind bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ab Rechtswirksamkeit der Adoption.

Dauer und Höhe der Leistung

- Bis zu zwölf Monate ab Eheschließung bzw. Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft oder Vollendung der Geburt bzw. Rechtswirksamkeit der Adoption;
- 50 % der für den Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität, höchstens 30.000 EUR.

Der Versicherungsschutz richtet sich nach für den Versicherungsnehmer vereinbarten Bedingungen.

Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

Ergänzend zu Ziffer 2 AL-AUB 2008 zahlen wir eine Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch. Abweichend von Ziffer 1.3 AL-AUB 2008 ist es unerheblich, ob der Bruch durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist. Die Zahlung der Sofortleistung begründet jedoch keinen Anspruch auf sonstige Leistungen aus dem Vertrag (z.B. Invaliditätsleistung).

1. Voraussetzung für die Leistung

Der Nachweis, dass eine solche Verletzung vorliegt, ist von Ihnen mittels eines fachärztlichen Berichtes zu führen.

Ihr Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn Sie diese nicht innerhalb eines Jahres ab Diagnosestellung geltend machen.

Die Sofortleistung wird nicht gezahlt, wenn es sich bei dem Oberschenkelhalsbruch um eine Refraktur handelt.

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

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen in diesem Fall einen Betrag in Höhe von 10 % der Versicherungssumme für Invalidität, höchstens 5.000 EUR.

Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Sofern im Vertragsdokument eine Verbesserte Übergangsleistung vereinbart ist, zahlen wir bei schweren Verletzungen eine Sofortleistung.

1. Voraussetzung für die Leistung

1.1 Der Versicherte hat aufgrund des Unfalls nachfolgende schwere Verletzungen erlitten und ist infolge des Unfalls nicht innerhalb von drei Tagen gestorben.

1.2 Die unfallbedingte schwere Verletzung ist uns durch einen objektiven ärztlichen Bericht, der sich am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert, nachgewiesen worden.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen einen Betrag in Höhe von 50 % der im Vertragsdokument vereinbarten Versicherungssumme für Verbesserte Übergangsleistung, höchstens 3.000 EUR.

Diese Leistung wird nicht auf den Anspruch auf Verbesserte Übergangsleistung angerechnet.

3. Was sind schwere Verletzungen?

Schwere Verletzungen in diesem Sinne sind

- Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand;
- Schädel-Hirn-Verletzungen mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion 2. oder 3. Grades) oder Hirnblutung;
- schwere Mehrfachverletzung, d.h. entweder
 - Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedene Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen und Beinen;
 - Fraktur des Beckens;
 - Fraktur von Wirbelkörpern;
 - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ;
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;
- Erblindung beider Augen.

Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

Ergänzend zu Ziffer 2.4. und 2.5 AL-AUB 2008 gilt Folgendes:

1. Dauer der Leistung

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird längstens für drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

2. Gesetzliche Zuzahlungen

Bei vollstationärer Heilbehandlung erstatten wir zusätzlich zum vereinbarten Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld den Betrag der gesetzlichen Zuzahlungen maximal in Höhe von 50 % des vereinbarten Tagessatzes für Krankenhaustagegeld.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, zahlen wir nur die darüber hinausgehenden Kosten.

Bestehen für den Versicherten bei der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können gesetzliche Zuzahlungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Rehabilitation

Wir leisten Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld auch im Falle einer Rehabilitation.

3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die unfallbedingte Rehabilitation wird vollstationär in einem Rehabilitationszentrum durchgeführt und schließt sich unmittelbar an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung an (sog. Anschlussbehandlung).

4. Ambulante Operation

Wir leisten für drei Tage Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld auch im Falle einer ambulanten Operation.

4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die ambulante Operation ist unfallbedingt und der chirurgische Eingriff ist unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie – zumindest an einer ganzen Extremität – erfolgt, was Sie uns durch ärztliches Attest nachweisen.

Kosmetische Operationen

Mitversichert sind Kosten für kosmetische Operationen bis zur Höhe von 10.000 EUR.

Grundlage sind die Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung. Davon abweichend gilt Folgendes:

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die kosmetische Operation innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 25. Lebensjahres erfolgt ist.

Unsere Leistung umfasst auch die Kosten für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel.

Bergungskosten

Mitversichert sind Bergungskosten bis zur Höhe von 30.000 EUR.

Grundlage sind die Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 2008). Davon abweichend gilt Folgendes:

Die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner ersetzen wir auch bei einem Unfall im Inland.

Kosten für Dekompressionskammer

Im Rahmen der Versicherungssumme für Bergungskosten erstatten wir bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II auch die hierfür entstehenden Therapiekosten einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung. Voraussetzung dafür ist, dass die gültigen Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren nicht grobfahrlässig oder vorsätzlich missachtet wurden.

Beihilfe zu Kuren und Rehabilitation

Ergänzend zu Ziffer 2 AL-AUB 2008 bieten wir Versicherungsschutz bei Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen.

1. Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AL-AUB 2008 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Ausgenommen sind Rehabilitationsmaßnahmen, die unmittelbar an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließen (sog. Anschlussheilbehandlungen).

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

1.2 Als Kur- und Rehabilitationsmaßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2. Höhe der Leistung

Die Beihilfe wird in Höhe von 2.000 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AL-AUB 2008 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Beihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Erhöhte Invaliditätsleistung bei Benutzung eines Fahrradhelmes

Ziffer 2.1 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

Die im Vertragsdokument vereinbarte Versicherungssumme für Invalidität wird um 25 % erhöht. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Voraussetzung für die Leistung

- das versicherte Kind hat das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet;
- der Unfall ist bei der Benutzung eines Fahrrades eingetreten und das versicherte Kind hat zum Zeitpunkt des Unfalls einen handelsüblichen Fahrradhelm getragen.

Nachhilfegeld bei Schulunfähigkeit

Sofern für Kinder, die am Unfalltag das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld vereinbart ist, zahlen wir ein Nachhilfegeld.

1. Voraussetzung für die Leistung

1.1 die versicherte Person kann wegen des Unfalls nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen;

1.2 die Schulunfähigkeit wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und eine Schulbescheinigung nachgewiesen;

1.3 die Schulunfähigkeit hat mindestens 21 Tage bestanden;

1.4 mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles werden wir ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

2. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Zwanzigfache des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, höchstens 500 EUR.

Rooming-in-Leistung

Sofern für Kinder, die am Unfalltag das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld vereinbart ist, zahlen wir zusätzlich Rooming-in-Kosten in Höhe des vereinbarten Tagesatzes für Krankenhaustagegeld, maximal für 30 Tage.

Voraussetzung für die Leistung

- Das versicherte Kind befindet wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung;
- ein Erziehungsberechtigter übernachtet ärztlich gewollt und genehmigt mit dem Kind im Krankenhaus.

Zusätzliche Todesfalleistung bei Vollwaisen

Besteht im Rahmen des Vertrages Versicherungsschutz für Eltern und für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird eine zusätzliche Todesfalleistung gezahlt.

1. Voraussetzung für die Leistung

- Beide versicherten Elternteile werden durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt.
- Die bezugsberechtigten Kinder haben das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen 50 % der versicherten Todesfalleistung beider Eltern, höchstens 10.000 EUR.

4 Die nachstehenden Bedingungen gelten, soweit im Vertragsdokument besonders beurkundet

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2010)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), abgeschlossen. Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen gilt Folgendes:

1 Ausschließlich die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend machen. Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer ist hierfür nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

2 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung auf eigene Rechnung

Der Vertrag ist auf eigene Rechnung des Versicherungsnehmers geschlossen. Die Leistung aus dem Vertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer selbst zu.

Die versicherten Personen haben vor Abschluss des Vertrages schriftlich eingewilligt

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung nach Jahreslohn- und -gehaltssumme

1 Als Jahresgehalt für die Berechnung der Versicherungssummen gelten die gesamten vom Versicherungsnehmer an die versicherten Personen gezahlten geldlichen Bezüge einschließlich aller Zulagen; hierzu zählen Teuerungs-, Verheirateten-, Kinder-, Verantwortungs- und sonstige Zahlungen, nicht aber eine Gewinnbeteiligung.

2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, jeweils bis zur Hauptfälligkeit eines jeden Jahres, die im abgelaufenen Versicherungsjahr gezahlte Gehaltssumme und die Anzahl der versicherten Personen aufzugeben. Der Beitrag wird jeweils nach dem Gesamtbetrag der an die einzelnen Versicherten gezahlten Bezüge berechnet.

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird eine Vorausprämie in Höhe der sich für das abgelaufene Versicherungsjahr ergebenden Prämie erhoben. Die endgültige Abrechnung erfolgt nach Ablauf des Versicherungsjahres entsprechend der Aufgabe der tatsächlich während des Versicherungsjahres ausgezahlten Gesamtbezüge gemäß Ziffer 1.

3 Im Schadenfall ist bei der Ermittlung der Versicherungssummen von der im Zeitpunkt des Unfalles vom Versicherten mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Jahresgehaltssumme auszugehen, die wie folgt berechnet wird: Das im Zeitpunkt des Unfalles vereinbarte Monatsgehalt mit 12 multipliziert, ergibt unter Hinzurechnung etwaiger einmaliger Zuwendungen (ausgenommen Gewinnbeteiligung) die als Berechnungsgrundlage dienende Jahresgehaltssumme.

4 Je Person sind die Versicherungssummen jedoch beschränkt auf höchstens 500.000 EUR für den Todesfall und 1.000.000 EUR für den Invaliditätsfall.

Zusatzbedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung

1 Versicherte Personen

Versichert sind die im Vertragsdokument bezeichneten Personen, soweit sie sich auf Dienstreisen befinden. Als Dienstreise gilt eine Reise, die von der Versicherungsnehmerin als solche anerkannt und vergütet wird.

2 Deckungsumfang

2.1 Der Versicherungsschutz umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen und der Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe nur berufliche Unfälle.

2.2 Er beginnt, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung oder den Betrieb verlassen hat, er endet mit der Rückkehr in die Wohnung oder den Betrieb, nach Beendigung der Dienstreise.

3 Beitragsberechnung

3.1 Jährlich zur Hauptfälligkeit, erstmals mit Aushändigung des Vertragsdokumentes, wird eine Vorausprämie, die zugleich Mindestprämie ist, erhoben.

3.2 Maßgebend für die Beitragsberechnung ist die Gesamtzahl der Reisetage aller Versicherten in einem Versicherungsjahr. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, genaue Aufschreibungen über alle durchgeführten Dienstreisen zu führen und dem Versicherer auf Verlangen Einblick in diese Unterlagen zu gewähren.

3.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, für jede der unter diesen Vertrag fallenden Personen sämtliche Dienstreisetage eines Versicherungsjahres nach Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres dem Versicherer zur Beitragsberechnung (namentliche Liste mit Anzahl der Reisetage) zu melden. Falls keine Dienstreisen angefallen sind, ist eine Fehlanzeige erforderlich.

3.4 Sollte eine Dienstreise über die jeweilige Abrechnungsperiode hinaus anfallen, sind die entsprechenden Reisetage der betreffenden Personen bei der nächsten fälligen Jahresmeldung zu berücksichtigen.

3.5 Die Höhe der sich bei der Beitragsrechnung für das vergangene Versicherungsjahr ergebende Prämie ist maßgebend für die Höhe der Vorausprämie des folgenden Versicherungsjahres.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Ziffer 2.1 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Ziffer 2.1 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Ziffer 2.1 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.
3. Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % zahlen wir abweichend von Ziffer 1 und 2 generell für jeden Prozentpunkt zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung OptionAL²¹ »SB Modell über 20 % Invalidität« mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung abgeschlossen, bei der die Invaliditätsleistung erst beansprucht werden kann, wenn der Invaliditätsgrad mehr als 20 % beträgt. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Ist die Voraussetzung erfüllt gilt Folgendes:

Ziffer 2.1 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % übersteigt, zahlen wir 1 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.
3. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

4. Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % zahlen wir abweichend von Ziffer 1 und 2 generell für jeden Prozentpunkt zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung OptionAL⁵⁰ »SB Modell ab 50 % Invalidität« mit Mehrleistung 100 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung abgeschlossen, bei der die Invaliditätsleistung erst beansprucht werden kann, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50 % beträgt. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AL-AUB 2008 ermittelt.

Ist die Voraussetzung erfüllt, zahlen wir die im Vertragsdokument festgelegte Versicherungssumme in voller Höhe.

Besondere Bedingungen für die Verbesserte Übergangsleistung

Ziffer 2.2 AL-AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

1. Voraussetzung für die Leistung

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

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

um mindestens 100 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens vier Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme für die Übergangsleistung wird bereits jetzt gezahlt. Dieser Betrag wird auf den Anspruch für die Übergangsleistung angerechnet.

Besondere Bedingungen für Hilfe- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung Servicepaket »Hilfe und Pflege«

1. Was ist versichert?

Ergänzend zu Ziffer 2 AL-AUB 2008 erbringen wir Hilfe- und Pflegeleistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister. Dieser erbringt entweder die Leistung selbst durch die eigene Organisation oder durch von ihm beauftragte Dritte (z.B. anerkannte Hilfsorganisationen oder lokale Pflegedienste). Darüber hinaus besteht kein Leistungsanspruch.

Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Erbrachte Hilfeleistungen begründen keinen Anspruch auf andere Leistungsarten (z.B. Invalidität), diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

2. Voraussetzung für die Leistung

2.1 Die versicherte Person ist durch einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 AL-AUB 2008 in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Die Hilfsdürftigkeit ist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.3 Der Anspruch entsteht nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussbehandlung. Dies gilt nicht für die Organisation von Hilfeleistungen. Dieser Anspruch entsteht bereits mit Eintritt des Unfalls.

Bei einem Oberschenkelhalsbruch erbringen wir die Leistungen auch, wenn dieser nicht als Folge eines Unfalls, also auch ohne äußere Einwirkung, entstanden ist.

Abweichend von Ziffer 3 AL-AUB 2008 schränken wir die Leistungen gemäß Ziffer 5 nicht ein, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt haben.

Die versicherten Dienstleistungen setzen keine dauerhafte Invalidität voraus und werden auch dann erbracht, wenn die Hilfsbedürftigkeit nur vorübergehend ist.

Die Hilfeleistungen werden eingestellt, sobald sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegen oder der Versicherungsschutz wegen anderer Ursachen nicht zu gewähren gewesen wäre. Wir behalten uns vor, nach Prüfung der Sachlage Kosten für unberechtigt erhaltene Leistungen zurück zu verlangen.

3. Umfang und Dauer der Leistung

Den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistungen bzw. den durch den Unfall entstandenen individuellen Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen bestimmt verbindlich ausschließlich der Dienstleister. Diesen Bedarf decken wir aus in den in Ziffer 4 aufgeführten Leistungen.

Werden Kosten für versicherte Leistungen von Dritten ersetzt oder besteht voraussichtlich Anspruch hierauf, können Leistungen aus unserem Vertrag nur wegen der restlichen Ansprüche geltend gemacht werden.

Bestehen für eine versicherte Person bei der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen mit Servicepaket »Hilfe und Pflege«, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge erlangt werden.

Wir erbringen die Leistungen im Umfang von Ziffer 4 solange die Hilfsbedürftigkeit gemäß Ziffer 2.1 besteht. Die Leistungen enden in jedem Fall aber mit der Feststellung einer dauernden Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe I bis III), spätestens aber nach sechs Monaten vom Unfalltag gerechnet.

4. Welche Leistungen sind versichert?

4.1 Hilfeleistungen

4.1.1 Erstgespräch

Im telefonischen Erstgespräch wird mit Ihnen, Ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt der individuelle Bedarf der Hilfeleistung unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes festgestellt.

4.1.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, sofern die technischen Voraussetzungen hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

4.1.3 Mahlzeitendienst

Die versicherte Person und bei Bedarf auch der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe-/Lebenspartner erhalten nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment sieben Hauptmahlzeiten pro Woche, die täglich warm ausgeliefert werden. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (sieben Mahlzeiten tiefgekühlt) ausgeliefert.

4.1.4 Wohnungsreinigung

Einmal pro Woche wird der Wohnbereich (Küche, Wohn-, Schlafzimmer, Bad, Toilette) in üblichem Umfang gereinigt. Der zeitliche Aufwand ist auf vier Stunden pro Woche begrenzt. Voraussetzung ist, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.1.5 Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal pro Woche wird die Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählt Waschen, Trocknen, Bügeln, Sortieren, Einräumen und die Schuhpflege. Der Zeitaufwand hierfür ist auf drei Stunden begrenzt.

4.1.6 Einkäufe und Besorgungen

Bis zu zweimal pro Woche, längstens bis zu vier Stunden werden im Umkreis von 25 km folgende notwendige Besorgungen ausgeführt:

- Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs,
- Bringen der Wäsche in die Reinigung und deren Abholung,

- Beschaffen von Medikamenten.

Dazu zählt auch das Zusammenstellen des Einkaufszettels, Unterbringung der eingekauften Gegenstände, Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln. Nicht dazu zählen die Kosten für die besorgten Lebensmittel und Gegenstände selbst.

Medikamentenauslieferungen erfolgen bei Bedarf zweimal pro Woche zusätzlich (verschreibungspflichtige Medikamente nur gegen Vorlage eines entsprechenden Rezeptes).

4.1.7 Fahrdienste

Bis zu zweimal pro Woche werden folgende Fahrdienste (Bringen und Abholen) übernommen:

- zur Krankengymnastik oder zu Therapien (im Umkreis von 25 km);
- zu Ärzten (im Umkreis von 50 km) oder zu Behörden (im Umkreis von 25 km), wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

4.1.8 Begleitung zu Ärzten und Behörden

Wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist, werden Sie maximal vier Wochen lang bis zu zweimal pro Woche bei Arzt- oder Behördengängen begleitet.

4.1.9 Familienhilfe

Lebt im Haushalt ein unterhaltsberechtigtes Kind der versicherten Person unter 14 Jahren oder ein behindertes Kind, das auf Hilfe angewiesen ist und kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen, wird eine Familienhilfe organisiert, die für die Weiterführung des Haushaltes und die Kinderbetreuung sorgt. Hierzu zählt die Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigung und Pflege der Wäsche, Schuhpflege, Einkauf, Wohnungsreinigung im üblichen Umfang (Wohnraum, Kinderzimmer, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum). Die Leistungen werden bis zu acht Stunden täglich, längstens bis zu vier Wochen erbracht.

4.2 Pflegeleistungen

4.2.1 Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung oder nach einer ambulanten Operation, wobei der chirurgische Eingriff unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt ist, wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

4.2.2 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf bis zu vier Wochen lang eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsaufnahmen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Der Zeitaufwand hierfür ist auf 21 Stunden pro Woche begrenzt.

4.2.3 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt, zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und über das entsprechende Antragsverfahren beraten.

4.2.4 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege durch eine einmalige Schulungsmaßnahme vorbereitet.

4.2.5 Pflegenotruf

Bei Bedarf kann zusammen mit der Grundpflege – soweit örtlich möglich – maximal für vier Wochen auch ein 24-Stunden-Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft schickt.

4.2.6 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen, Pflegebett usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

4.3 Vermittlung weiterer Dienstleistungen

4.3.1 Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt.

4.3.2 Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.

4.3.3 Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.

Zu 4.3.1 bis 4.3.3 Kosten, die über die reine Vermittlung hinausgehen werden von uns nicht übernommen.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 AL-AUB 2008 gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir bzw. der Dienstleister über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

5.2 Alle Auskünfte und Einverständniserklärungen, die im Zusammenhang mit der Erbringung der versicherten Dienstleistungen erforderlich sind, sind dem Dienstleister abzugeben.

5.3 Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

5.4 Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 AL-AUB 2008 entsprechend.

6. Beitragsanpassung

Unser Leistungsversprechen passt sich der Entwicklung der Kosten für Hilfe- und Pflegeleistungen an, entsprechend verändert sich der Beitrag.

Die Prämie erhöht oder vermindert sich jeweils zum 1. Juli eines jeden Jahres entsprechend dem Prozentsatz, um den sich die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Preise für die Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (COICOP-VPI 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index verändert hat. Maßgebend sind die für die beiden vorangegangenen Kalenderjahre veröffentlichten Kosten. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur dann berücksichtigt, wenn die Veränderung mindestens 5 % beträgt. Liegt die Veränderung unter 5 %, so entfällt die Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen. Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag entsprechend anzupassen. Der veränderte Folgejahresbeitrag wird dem Versicherungsnehmer mit der nächsten Beitragsrechnung bekannt gegeben.

Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer durch Erklärung in Textform zum Anpassungszeitpunkt den Leistungsbaustein Servicepaket »Hilfe und Pflege« kündigen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Die Mitteilung des Versicherers, in der der Versicherungsnehmer auf sein Kündigungsrecht hinzuweisen ist, muss diesem mindestens ein Monat vor Wirksamwerden der Anpassung der Prämie zugehen.

7. Sonderkündigungsrecht

Abweichend von Ziffer 10.2 AL-AUB 2008 haben Sie und wir das Recht, das Servicepaket »Hilfe und Pflege« zum Ablauf des ersten oder jeden darauf folgenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss

Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein. Sind Sie als Versicherungsnehmer mit der Kündigung dieses Leistungsbausteins nicht einverstanden, besteht für Sie das Recht, die Unfallversicherung innerhalb von einem Monat nach Erhalt der Teilkündigung insgesamt zu kündigen.