

Bedingungen Unfallversicherung (2009)

Es gelten generell für alle Verträge

- U 01** Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2009)
- U 31** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Bergungskosten
- U 42** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen
- U 65** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurkosten-beihilfe
- U 66** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos
- U 67** Besondere Bedingungen für die Leistung des Krankenhaustagegeldes bei einem Unfall im Ausland
- U 69** Besondere Bedingungen zur Vorsorgedeckung für neu hinzukommende Familienmitglieder
- U 70** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden
- U 75** Durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Knochen, Bauch oder Unterleibsbrüche, Meniskusschäden
- U 76** Lebensmittelvergiftungen
- U 77** Trunkenheit und medikamentenbedingte Bewusstseinsstörung
- U 78** Infektionen durch Zeckenbiss
- U 79** Versehensklausel
- U 88** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen

Zusätzliche Leistungen in der Kinder-Unfallversicherung

- U 12** Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung (KiUV 90)
- U 13** **Besondere Bedingungen** für die Mitversicherung von Rooming in Leistungen und Mehrkosten für ein Einzelzimmer

Zusätzliche Leistungen in der Senioren-Unfallversicherung

- U 86** Besondere Bedingungen für den Seniorentarif (2006)

Zusätzliche Leistungen für den jeweils genannten Personenkreis

- U 82** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Ärzten, Zahnärzten, Zahn Technikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern)
- U 83** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde
- U 84** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Chemikern und Desinfektoren
- U 85** Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Desinfektoren (Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten)

Leistungen in der Unfall-HILFE

- U 87** Besondere Bedingungen für die Unfall-HILFE

Zusatzbedingungen Gruppen-Unfallversicherung

- U 21** Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Zusätzlich gelten:

Bei Vereinbarung der Ambiente TOP Deckung:

- U 52** Besondere Bedingungen für die Zahlung von Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld im Rahmen einer Rehabilitation
- U 53** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten
- U 54** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der akuten Höhenkrankheit
- U 55** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Sportgeräten
- U 64** Erweiterte Regelungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos
- U 72** Besondere Bedingung für eine Sofortleistung bei Schwerverletzung

- U 90** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe
- U 91** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Erfrieren, Ertrinken und Ersticken
- U 92** Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter Gliedertaxe
- U 93** Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung
- U 94** Besondere Bedingungen für ein verbessertes Krankenhaustagegeld
- U 95** Besondere Bedingungen für ein verbessertes Genesungsgeld
- U 96** Besondere Bedingungen für einen erhöhten Mitwirkungsanteil
- U 97** Besondere Bedingungen für die erweiterte Leistung des Krankenhaustagegeldes bei einem Unfall im Ausland
- U 98** Erweiterte Regelung zu Trunkenheit und medikamentenbedingte Bewusstseinsstörung
- U 99** Besondere Bedingungen für den erweiterten Einschluss von Infektionen (Immun-Klausel)

Sofern vereinbart

- U 33** Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 225%)
- U 34** Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle
- U 35** Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe
- U 40** Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag
- U 41** Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 350 %)
- U 50** Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50%
- U 68** Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Gipsgeldes
- U 71** Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 500 %)
- U 73** Besondere Bedingung für Mehrleistung 5-fach

U01 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2009)

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7. Aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

- III. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapselfasern gezerzt oder zerrissen werden.
- V. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistungen gemäß § 8 sowie die Ausschlüsse gemäß § 2 wird hingewiesen.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I. (1) Unfälle 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.
- (2) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

- (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- (4) Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie 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) 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.
- (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 - Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
 - Gesundheitsschädigungen durch Infektionen
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten Insektenstiche oder -bisse, Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.
Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
 - Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.
- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 gestrichen

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

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

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

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

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

I. Voraussetzung und Ausübung des Rücktritts

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

Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt.

II. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf sein Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

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

III. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

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

IV. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf das Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Kündigungsrecht ist auch 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.

Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf die Vertragsanpassung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung des nicht angezeigten Umstandes aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

V. Anfechtung

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

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit gezahlt wird.
- II. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
 - (1) Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Versicherer oder dem Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
 - (2) Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
 - (3) Der Vertrag kann beendet werden, wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.

Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündigung sofort nach Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen For-

mation 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 die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, gilt:

- I. Die Beiträge enthalten die Versicherungssteuer die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.
 - II. Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist die erste oder einmalige Prämie – unabhängig vom Bestehen eines Widerspruchsrechts – unverzüglich zu zahlen.

Bei Vereinbarung der Prämienzahlung in Raten gilt die erste Rate als erste Prämie.
 - III. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag 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.
 - IV. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
 - V. Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn der Versicherer darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und auf die Rechtsfolgen nach VI. und VII. mit dem Fristablauf hinweist.

Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- VI. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach V. darauf hingewiesen wurde.

Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer 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 kein Versicherungsschutz.

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

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

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden konnte, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert wurde.

- VIII. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Zahlung verlangen.

- IX. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nichts anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. 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 die geltende Gefahrgruppeneinstufung des Versicherers gemäß Antrag.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person sind daher unverzüglich mitzuteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- II. Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
- III. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers zugeht.

§ 7 Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruches und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Invaliditätsleistung

- (1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, sowie innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

- a) Als feste Invaliditätsgrade gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

	Prozent
eines Armes	70
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	60
einer Hand	55
eines Daumens	20
eines Zeigefingers	10
eines anderen Fingers	5
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60
eines Beines bis unterhalb des Knies	50
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45
eines Fußes	40
einer großen Zehe	5
einer anderen Zehe	2
eines Auges	50
des Gehörs auf einem Ohr	30
des Geruchssinns	10
des Geschmackssinns	5

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2)

ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) 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 nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 50 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld

- (1) Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person.

- (2) Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

- (1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

- (2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

- (1) wird in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage.

- (2) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfallleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII. verwiesen.

§ 8 Einschränkungen der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen, seine Anordnungen zu befolgen und der Versicherer zu unterrichten.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Die versicherte Person hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.
- IV. Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- V. 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.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VII. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird nach Eintritt des Unfalles eine zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer

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

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

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

- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I. ausgeübt werden, seitens des Versicherungsnehmers vor Ablauf der Frist.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die

Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

- II. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben 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 eine Namensänderung des Versicherungsnehmers.

§ 14 Tarifierfassung

- I. Der Prämiensatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnansatzes kalkuliert.
- II. Der Versicherer ist berechtigt, den Prämiensatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.
- III. Tarifliche Anpassungen von Prämiensätzen können vom Versicherer zur Hauptfälligkeit des Vertrages mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen werden.
- VI. Der Prämiensatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt.
- V. Der Versicherer ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.
 1. Prämiensenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.
 2. Prämienerhöhungen werden dem Versicherungsnehmer unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienhöhung, kündigen.
- VI. Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifanpassung unberührt

§ 15 Verjährung

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

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.

§ 16 Gerichtsstände

- I. 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.

Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- II. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

Beitragsfreie Erweiterungen für alle Verträge

U 31 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Bergungskosten

- 1) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen, deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist:
 - a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
 - b) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten versicherten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies ärztlich angeordnet war. Sofern sich der Unfall weiter als 100 km vom ständigen Wohnsitz der versicherten Person entfernt ereignete und ein mindestens 14-tägiger Krankenhausaufenthalt zu erwarten ist, trägt der Versicherer auch die Mehrkosten bis 1000 EUR für eine Verbringung in ein Krankenhaus nach Wahl der versicherten Person.
 - c) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - d) Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
 - e) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
 - f) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 2) Bestehen für die versicherte Person bei der Basler Securitas Versicherung mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 3) Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag – Dynamik) nicht teil.

U 42 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen

- 1) Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - Arzthonorare,
 - sonstige Kosten der kosmetischen Operation,
 - Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik,deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.
Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die unfallbedingte Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt.
- 2) Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
- 3) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

U 65 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurkostenbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- 1) Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe in Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren – vom Unfalltag an gerechnet – wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.
- 2) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- 3) Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal gezahlt.

U 66 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos

- 1) In Abänderung des § 2 I. (3) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die der versicherten Person durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg- oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko).
Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg- oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

- 2) Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - a) Unfälle, wenn sich die versicherte Person nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;
 - b) Unfälle, wenn sich die versicherte Person wegen ihrer Berufsausübung (z.B. als Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
 - c) Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen);
 - d) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA);
 - e) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
- 3) Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen gilt jedoch maximal für die Dauer von 7 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

U 67 Besondere Bedingungen für die Leistung des Krankenhaustagegeldes bei einem Unfall im Ausland

In Ergänzung von § 7 IV. (1) AUB gilt folgendes:

- 1) Hat sich der Unfall im Ausland ereignet, und hat dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden, so verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer von 14 Tagen.
- 2) Ein gemäß § 7 V. AUB mitversichertes Genesungsgeld ist von diesen Besonderen Bedingungen nicht betroffen.

U 69 Besondere Bedingungen zur Vorsorgedeckung für neu hinzukommende Familienmitglieder

Heiratet der Versicherungsnehmer während der Wirksamkeit des Vertrages, so ist der Ehepartner vom Tag der Eheschließung an gerechnet für die Dauer von drei Monaten mit den nachfolgend genannten Leistungen mitversichert. Diese Mitversicherung gilt analog für ein leibliches Kind des Versicherungsnehmers ab dem Tag nach der Geburt.

Leistungen (siehe § 7 AUB und Besondere Bedingung U 41)

im Todesfall	10.000 EUR
bei Vollinvalidität	105.000 EUR
Grundversicherungssumme für Invalidität	30.000 EUR
Krankenhaustagegeld	20 EUR
Genesungsgeld	20 EUR

U 70 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden

- 1) In Abänderung des § 1 III. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesund-

heitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

- 2) Als Unfälle im Sinne des § 1 III. AUB gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

U 75 Durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Knochen-, Bauch- oder Unterleibsbrüche, Meniskusschäden

In Erweiterung des § 1 IV. AUB fallen unter den Versicherungsschutz auch durch erhöhte Kraftanstrengung hervorgerufene Knochen-, Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie Meniskusschäden.

U 76 Lebensmittelvergiftung und Vergiftungen

Abweichend von § 2 II. (4) AUB sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen sowie die Einnahme von schädlichen Stoffen mitversichert

U 77 Trunkenheit und medikamentenbedingte Bewusstseinsstörung

Abweichend von § 2 I. (1) AUB sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit – jedoch nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von 2 ‰ – oder durch Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht worden sind. Bei der Teilnahme am Straßenverkehr besteht Versicherungsschutz nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von maximal 1,5 ‰.

U 78 Infektionen durch Zeckenbiss

In Abänderung von § 2 II (3), besteht Versicherungsschutz für die durch Zeckenbiss übertragenen Infektionen, wenn die Infektion mit Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) frühestens einen Monat nach Beginn oder spätestens einen Monat nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages erstmalig ärztlich festgestellt wird. Die ärztliche Feststellung gilt als Unfalltag

U 79 Versehensklausel

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und er nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt hat.

U 88 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen

1. Abweichend von § 2 II (1) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

Zusätzliche Leistungen in der Kinder-Unfallversicherung

U 12 Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung (KiUV 90)

1. (1) Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige

Tarif des Versicherers. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:

- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarifbeitrages für Erwachsene zum bisherigen Beitrag.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß Nummer (1) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach Nummer (1) Buchstabe b) fort.
- II. (1) In Abänderung von § 2 II. (4) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- III. Abweichend von § 11 IV. der AUB wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert.
- IV. Ist der Vertrag noch nicht gekündigt, gilt in Ergänzung von § 4 II. – IV. der AUB folgendes:

Absatz (2) entfällt

- (1) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, so wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- (2) Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gilt Nummer (1) nicht.
- (3) Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

U 13 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rooming-in Leistungen und Mehrkosten für ein Einzelzimmer

- 1) Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis im Sinne dieser AUB in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernimmt der Versicherer die dafür notwendigen Mehrkosten.
- 2) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 3) Die Leistung ist je Versicherungsfall insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

Zusätzliche Leistungen in der Senioren-Unfallversicherung

U 86 Besondere Bedingungen für den Seniorentarif (2006)

1. In teilweiser Abänderung von § 2 I. (1) AUB fallen auch Unfälle durch Schlaganfälle und Herzinfarkte unter den Versicherungsschutz.

2. In teilweiser Abänderung von § 8 AUB findet die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen bei einem Oberschenkelhalsbruch keine Berücksichtigung.
3. Kosten für medizinische Hilfsmittel bis 5.000 EUR

In Ergänzung zu § 7 AUB gilt vereinbart: Werden Arm und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl unfallbedingt als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu einer Summe von 5.000 EUR für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden. Diese wird nur bei entsprechendem Nachweis der ärztlichen Verordnung fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch an den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

4. Taxifahrten bis 250 EUR In Ergänzung zu § 7 AUB gilt vereinbart: Kosten von Taxifahrten, die zur unfallbedingten, ambulanten Weiterbehandlung erfolgen, werden bis zu einer Summe von insgesamt 250 EUR übernommen. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Taxikosten durch Vorlage der Belege fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Zusätzliche Leistungen für den jeweils genannten Personenkreis

U 82 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern)

(gelten generell für diesen Personenkreis)

In Ergänzung des § 2 II. (3) Satz 1 und 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

U 83 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde

(gelten generell für diesen Personenkreis)

In Ergänzung des § 2 II. (3) Satz 1 und 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die

äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

U 84 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Chemikern und Desinfektoren

(gelten generell für diesen Personenkreis)

1) Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

2) Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

U 85 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Desinfektoren (Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten)

(gelten generell für diesen Personenkreis)

Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

Leistungen in der Unfall-HILFE

U 87 Besondere Bedingungen für die Unfall-HILFE

1. Leistungsvoraussetzung

Benötigt die versicherte Person auf Grund eines Unfalles zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe (entsprechend § 61 Abs. 5 Sozialgesetzbuch XII), erbringt der Versicherer durch einen von ihm beauftragten Dienstleister innerhalb der Bundesrepublik Deutschland die folgenden Hilfeleistungen. Während eines Auslandsaufenthaltes bestehen keine Ansprüche auf Hilfeleistungen.

1.1. Häufigkeit, Dauer und Umfang der Hilfeleistungen richten sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Die Hilfeleistungen werden für bis zu sechs Monate – vom Unfalltag an gerechnet – erbracht, Grundpflege bis zu vier Wochen (s. Ziff. 2.10).

1.2. Wird dem Versicherer die unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit bzw. der unfallbedingte Wegfall der Betreuungsmöglichkeit schlüssig dargelegt, erbringt der Versicherer wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen, ohne damit eine Unfallbedingtheit der Hilfsbedürftigkeit anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf die Leistungsprüfung für andere Leis-

tungen (z.B. Unfall-Rente). Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegt, stellt der Versicherer die Hilfeleistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Dienstleistungen trägt der Versicherer.

2. Leistungsumfang

2.1. Erstgespräch

In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren/m Angehörigen/Betreuer und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

2.2. Hausnotruf

Sind die technischen Voraussetzungen vorhanden, wird in der Wohnung/im Haus der versicherten Person, eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger eingerichtet, über die der Versicherer beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage und ihre Einrichtung trägt der Versicherer. Die laufenden Kosten sind auf sechs Monate vom Unfall an gerechnet, begrenzt. Die Kosten für den Abbau der Anlage trägt der Versicherer, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

2.3. Menüservice

Die versicherte Person erhält je nach Wunsch oder auch nach organisatorischer Machbarkeit

– einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost)

oder

– jeden Tag eine Hauptmahlzeit.

Die versicherte Person kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen. Die Kosten der Mahlzeit trägt der Versicherer.

2.4. Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt: Botengänge zur Bank oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Dingen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringen der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, wie z.B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, Rezeptgebühren, trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten trägt der Versicherer.

2.5. Begleitung bei Arzt- und Behörden-gängen

Ist ein Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet.

2.6. Reinigung der Wohnung

Alle zwei Wochen wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in ordnungsgemäßem Zustand waren.

2.7. Wäsche und Kleidung

Einmal in der Woche werden Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, sortiert und eingeräumt sowie die Schuhe gepflegt.

2.8. Pflegeschulung für Angehörige

Wird die versicherte Person von Angehörigen gepflegt, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.9. Pflegeberatung durch den Dienstleister

Stehen der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch XI zu, so wird sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuer über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.10. Grundpflege

Ist die versicherte Person wegen des Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird solange erbracht bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, längstens jedoch für vier Wochen und bis maximal 21 Stunden pro Woche.

2.11. Tag und Nachtwache

Keht die versicherte Person nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurück und muss aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.

Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.12. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl etc., vermittelt.

2.13. Vermittlung und Kostenübernahme für eine Haustierbetreuung

Es wird die Betreuung der Haustiere der versicherten Person vermittelt, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc. handelt und nicht um exotische Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist, wie z.B. Reptilien. Der Versicherer trägt die nachgewiesenen Kosten für die Unterbringung von Haustieren bis zu 1.000 EUR je Versicherungsfall.

2.14. Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/Kfz

Es wird eine Beratung für den Umbau der Wohnung /des Hauses/des Kfz der versicherten Person vermittelt.

2.15. Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten

Ist die versicherte Person unfallbedingt ganz oder teilweise außerstande, die Betreuung des bis zum Unfall von im bereits in häuslicher Pflege betreuten Ehepartners, nichtehelichen Lebenspartners oder Verwandten 1. Grades fortzuführen, erhält auch dieser die

versicherten ambulanten Hilfeleistungen. Voraussetzung ist, dass der zu Pflegenden mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und eine Pflegestufe bereits anerkannt ist.

2.16. Familienbetreuung

Die versicherte Person/Familie erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Familienbetreuung. Diese umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (im Grundschulalter), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichem Umfang (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum). Während einer Rund um die Uhr Betreuung gilt für die Betreuungsperson freie Unterkunft und Verpflegung im Haushalt. Ebenso ist ihr ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen

3. Tarifierung

3.1. Der Prämiensatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnansatzes kalkuliert.

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

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

3.4. Der Prämiensatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt.

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

3.5.1. Prämiensenkungen gelten automatisch – auch ohne Information des Versicherungsnehmers – als vereinbart.

3.5.2. Prämienerhöhungen werden dem Versicherungsnehmer unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienerhöhung, kündigen.

3.6. Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifierung unberührt.

4. Kündigung

- 4.1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten die Versicherung von Unfall-HILFE in der Unfallversicherung durch schriftliche Erklärung kündigen. Der Versicherungsnehmer kann bestimmen, dass seine Kündigung erst zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird.
- 4.2. Macht der Versicherer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer die Unfallversicherung innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen
- 4.3. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

U 21 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- 1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- 2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- 3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- 4) Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der versicherten Personen erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrages. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersten Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- 1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.

- 2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- 3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3 Vertragsdauer

(Zusatz zu § 4 AUB)

- 1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- 2) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt:
 - a) wenn sie aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,
 - b) wenn die versicherte Person eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invaldität erstmalig festgestellt ist (§ 11 AUB) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

§ 4 Geltendmachung der Leistungen

(Abweichung von § 12 I. AUB; gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart)

- 1) Abweichend von § 12 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) sind die versicherten Personen berechtigt, Leistungen aus dem Vertrag ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers unmittelbar beim Versicherer geltend zu machen. Der Versicherer leistet jeweils direkt an die versicherte Person.
- 2) Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

Erweiterte Leistungen bei Vereinbarung der Ambiente TOP Deckung:

U 52 Besondere Bedingungen für die Zahlung von Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld im Rahmen einer Rehabilitation

- 1) Beginnt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt eine medizinisch notwendige Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsmaßnahme, besteht abweichend von § 7 IV Pkt.2 auch für die Dauer dieser Heilmaßnahme Anspruch auf Krankenhaustagegeld.
- 2) Die Leistungsgrenzen gemäß U 94 „Besondere Bedingungen für eine verbessertes Krankenhaustagegeld“ und U 95 „Besondere Bedingungen für ein verbessertes Genesungsgeld“ sind hiervon nicht berührt.

U 53 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten

- 1) In Erweiterung zur U70 „Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden“ übernimmt der Versicherer bei einer tauchunfallbedingten Dekompressionskrankheit die notwendigen Kosten einer Druckkammerbehandlung
- 2) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 3) Die Leistung ist je Versicherungsfall insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

U 54 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der akuten Höhenkrankheit

In Abänderung des § 1 III. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz bei Gesundheitsschäden durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS), ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

U 55 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Sportgeräten

- 1) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, der einen vollstationären Krankenhausaufenthalt nach sich zieht und ist hierdurch das eigene versicherte Sportgerät beschädigt oder zerstört worden bzw. abhanden gekommen, erstattet der Versicherer bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert, folgender Sportgeräte: Fahrräder, Tauchausrüstung, Inline-Skates, Skier, Skateboards, Surfgeräte, Snowboards, Kick-boards (City-Roller).
- 2) Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt: Im 1. Jahr 100 %, im 2. Jahr 80 %, im 3. Jahr 60 %, im 4. Jahr 40 %, ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises.
- 3) Der Unfall und der darauf beruhende Schaden oder Verlust des versicherten Sportgerätes ist durch den Versicherungsnehmer unverzüglich nachzuweisen. Als Nachweis für den Unfall reicht ein ärztliches Attest.

U 64 Erweiterte Regelungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos

In Erweiterung zu den Regelungen der U 66 Pkt. 3, wird der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen auf die Dauer von 14 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind, erweitert.

U 72 Besondere Bedingung für eine Sofortleistung bei Schwerverletzung

Bei folgenden unfallbedingten schweren Verletzungen wird eine Sofortleistung in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme erbracht:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hinblutung
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma, Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur des Beckens

- Fraktur der Wirbelsäule
- gewebeerstörender Schaden von zwei inneren Organen
- Verbrennungen III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche

U 90 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe

In Erweiterung zu § 1 besteht auch Versicherungsschutz bei Gesundheitsschädigungen, die durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren und ähnliches hervorgerufen werden. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Diese Erweiterung gilt nicht für Berufs- und Gewerkrankheiten.

U 91 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschäden durch Erfrieren, Ertrinken und Ersticken

In Erweiterung zu § 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz bei Gesundheitsschädigungen, die durch Erfrieren, Ertrinken oder Ersticken hervorgerufen werden. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

U 92 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter Gliedertaxe

In Abänderung von § 7 I. (2) a) und b) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

	Prozent
eines Armes	75
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65
einer Hand	60
eines Daumens	23
eines Zeigefingers	12
eines anderen Fingers	8
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	75
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	65
eines Beines bis unterhalb des Knies	55
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50
eines Fußes	45
einer großen Zehe	8
einer anderen Zehe	5
eines Auges	55
des Gehörs auf einem Ohr	35
des Geschmackssinns	8
der Stimme	80
Verlust einer Niere	30
Verlust der Milz	30

U 93 Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung

In Abänderung von § 7 II. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung bereits dann erbracht, wenn nach Ablauf von

3 Monaten seit Eintritt des Unfalles eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 50 Prozent besteht und diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden hat.

U 94 Besondere Bedingungen für ein verbessertes Krankenhaustagegeld

- 1) In Abänderung von § 7 IV. (1) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren, vom Unfalltag an, das Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person aufgrund eines Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.
- 2) Die Leistung ist je Unfallereignis insgesamt auf 1095 Kalendertage begrenzt.

U 95 Besondere Bedingungen für ein verbessertes Genesungsgeld

In Abänderung von § 7 V. (1) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren, vom Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus an, das im Vertrag vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wurde.

Die Leistung ist ab dem 101. Leistungstag auf 50 % des geleisteten Krankenhaustagegeldes begrenzt.

U 96 Besondere Bedingungen für einen erhöhten Mitwirkungsanteil

In Abänderung von § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung, erst dann gekürzt, wenn dieser mindestens 30 Prozent beträgt.

U 97 Besondere Bedingungen für die erweiterte Leistung des Krankenhaustagegeldes bei einem Unfall im Ausland

In Ergänzung von § 7 IV. (1) AUB und abweichend von U67 „Besondere Bedingungen für die Leistung des Krankenhaustagegeldes bei einem Unfall im Ausland“ gilt folgendes:

- 1) Hat sich der Unfall im Ausland ereignet, und hat dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden, so verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer von 21 Tagen.
- 2) Ein gemäß § 7 V. AUB mitversichertes Genesungsgeld ist von diesen Besonderen Bedingungen nicht betroffen

U 98 Erweiterte Regelung zu Trunkenheit und medikamentenbedingte Bewusstseinsstörung

Abweichend von § 2 I. (1) AUB und U77 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit oder durch Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind. Bei der Teilnahme am Straßenverkehr besteht Versicherungsschutz nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von maximal 1,5‰.

U 99 Besondere Bedingungen für den erweiterten Einschluss von Infektionen (Immun-Klausel)

Erweiterter Versicherungsfall

- a) Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreita-

gefiieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfiieber, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus oder Windpocken als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

- b) Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

- c) Abweichend von § 2 II (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die in Ziffer (1) a) dieser Bedingungen genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung

– gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und im ihrem Bereich vorgenommen

oder

– sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Leistungsumfang

- a) Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß § 7 I. AUB und für den Todesfall gemäß § 7 VI. AUB, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

- b) Ergänzend zu § 7 I. und § 8 AUB und zu Ziffer 2a) dieser Bedingungen gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 35 % beträgt. Darüber hinaus gilt folgende Regelung bei erstmaligen Infektionen:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur, wenn sich ein Invaliditätsgrad von mehr als 20% ergibt. Dann jedoch zahlt der Versicherer die vereinbarte Leistung bei Invalidität einschließlich des Anteils bis 20 % Invalidität.

Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz nach Ziffer (1) und (2) dieser Bedingungen nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

- b) Für während der Vertragsdauer geborene Kinder entfällt die Wartezeit und der Versicherungsschutz beginnt ab Vollendung der Geburt.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer (1)

- a) dieser Bedingungen genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Abweichend von § 9 I. AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde. Vereinbarungen, die von § 9 I. AUB abweichen, gelten auch für diese Bedingungen.

Es gelten, sofern vereinbart:

U 33 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 225 %)

In Abänderung von § 7 I. und unter Hinweis auf § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 weiteres Prozent aus der Versicherungssumme.

Für die Leistungen im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen in Prozent aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

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

U 34 Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

- 1) Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufes und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d.h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für

Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.

- 2) a) § 6 der AUB entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn die versicherte Person länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.
- b) Ist die versicherte Person länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen. Der Vertrag besteht gemäß § 6 der AUB fort.
- c) Wird die versicherte Person wieder durch eine Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt er erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so ist dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten. Von dem Tage ab, der dem Eingang der Anzeige beim Versicherer folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form nach Nr. 1 dieser Besonderen Bedingungen.
- 3) Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

U 35 Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

In Abänderung von § 7 I. (2) a) und b) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

- | | |
|---------------------------------|---------|
| | Prozent |
| a) eines Armes oder einer Hand | 100 |
| eines Daumens oder Zeigefingers | 60 |
| eines anderen Fingers | 20 |
| b) eines Beines oder Fußes | 70 |
| einer großen Zehe | 8 |
| einer anderen Zehe | 3 |
| c) eines Auges | 80 |
| des Gehörs auf beiden Ohren | 70 |

U 40 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag

- 1) Die bei Vertragsschluss vereinbarten Versicherungssummen werden alljährlich um jeweils 5 Prozent erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2) Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend EUR, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle EUR, für die Übergangsleistung auf volle Hundert EUR, für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen auf volle Hundert EUR und für das Gipsgeld sowie die Unfall-Rente auf volle Zehn EUR aufgerundet.
- 3) Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 4) Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unter-

richtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.

- 5) Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.
Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- 6) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

U 41 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 350 %)

In Abänderung von § 7 I. und unter Hinweis auf § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Für die Leistungen im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen in Prozent aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

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

U 50 Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- 1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person zusätzlich die im Versicherungsschein festgelegte Unfall-Rente gezahlt.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen des § 7 I. Ziffern (2) und (3) AUB; er kann gemäß § 11 IV. AUB auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Für die Unfall-Rente findet § 8 AUB keine Anwendung.

Eventuell zu § 7 I. AUB vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfall-Rente unberücksichtigt.

- 2) Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - a) die versicherte Person stirbt oder
 - b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 1. Satz 2 oder 3 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.
- 3) Die Versicherung der Unfall-Rente bleibt nach einem Schadenfall weiter bestehen. Sobald feststeht, dass eine Unfall-Rente gezahlt wird, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Einschluss der Unfall-Rente für die betroffene Person mit sofortiger Wirkung oder zum Ende des Versicherungsjahres zu kündigen.

U 68 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Gipsgeldes

In Ergänzung des § 7 IV. und V. AUB gilt folgendes:

- 1) Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens oder die Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leistet der Versicherer den im Versicherungsschein festgelegten Betrag.

U 71 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionssatz 500 %)

In Abänderung von § 7 I. und unter Hinweis auf § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die einfache Summe anteilig aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätsgrundsumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe, für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Für die Leistungen im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen in Prozent aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

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

U 73 Besondere Bedingung für Mehrleistung 5-fach

§ 7.I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt erweitert

- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 75%, leistet der Versicherer die fünffache Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro Grundsumme begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei der Basler Securitas weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.