
Vertragsunterlagen / Verbraucherinformationen

Unfallversicherung VARIO

HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT
Arheilger Weg 5
64380 Roßdorf

Service-Center: 06154 / 601-1277

E-Mail: info@haftpflichtkasse.de
www.haftpflichtkasse.de

Stand 01/2014

Haftpflichtkasse Darmstadt –
Haftpflichtversicherung
des Deutschen Hotel- und
Gaststättengewerbes – VVaG
Sitz der Gesellschaft
Roßdorf b. Darmstadt
Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:
Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf
Postfach 11 26, 64373 Roßdorf
Telefon: 0 61 54 / 6 01-12 77
Telefax: 0 61 54 / 6 01-22 88
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de
Internet: www.haftpflichtkasse.de

Bankkonten:
Bank Schilling+Co. AG Darmstadt
(BLZ 790 320 38) 1870 7000
IBAN: DE02 7903 2038 0018 7070 00 BIC: BSHADE71
Postbank Frankfurt/Main
(BLZ 500 100 60) 38 08 609
IBAN: DE10 5001 0060 0003 8086 09 BIC: PBNKDEFF
Steuer-Nr. 045 223 10176 / VersSt-Nr. 9116 807 01050

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Dr. Hubert-Ralph Schmitt
Vorstand:
Dieter Grathwohl, Vorsitzender
Karl-Heinz Fahrenholz
Roland Roider

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich für unsere Unfallversicherung VARIO interessieren.

Mit den Ihnen hier vorliegenden Verbraucherinformationen können Sie sich umfassend über unsere Gesellschaft, die Unfallversicherung VARIO und deren Bestimmungen und Bedingungen informieren. Ferner erhalten Sie wichtige Hinweise zu gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes.

Inhaltsverzeichnis

I	Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung VARIO	1
II	Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer	3
III	Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	5
IV	Widerrufsrecht	7
V	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2010	8
VI	Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung VARIO (BBU) – Stand 01.01.2014	13
VII	Allgemeine Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung VARIO	43
VIII	Berufsgruppenverzeichnis der nicht versicherbaren Berufe	47
IX	Merkblatt zur Datenverarbeitung	48
X	Satzung	50

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

1. Art der Versicherung

Bei der angebotenen Versicherung handelt es sich um eine Private Unfallversicherung. Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), die Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen.

**2. Umfang der
Versicherung**

Die Private Unfallversicherung bietet eine finanzielle Absicherung der versicherten Personen nach einem Unfall. Der Versicherungsschutz gilt weltweit und rund um die Uhr, es sei denn, es wurde eine abweichende Vereinbarung getroffen.

Ein Unfall liegt zum Beispiel vor, wenn Sie stolpern, beim Sport stürzen oder einen Verkehrsunfall erleiden. Versicherungsschutz besteht auch, wenn Sie den Unfall selbst verschuldet haben.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 1 der AUB.

Die wichtigste Leistungsart der Privaten Unfallversicherung ist die Invaliditätsleistung. Sie erbringt eine Geldleistung, die in Abhängigkeit von der vereinbarten Invaliditätssumme und dem Grad der durch einen Unfall erlittenen Invalidität ausgezahlt wird. Weitere Leistungsarten können Sie Ziffer 2 der AUB 2010 entnehmen.

3. Beitrag

Die Höhe Ihres Beitrags ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz und der Art der Zahlungsweise. Einzelheiten hierzu finden Sie in Ihrem Antrag unter Zahlungsweise und Laufzeit oder in unserem Angebot unter Beitragszahlung. Beachten Sie aber bitte, dass Sie endgültige Angaben erst Ihrem Versicherungsschein entnehmen können.

4. Ausschlüsse

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen unangemessen hohen Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen. Nicht versichert sind insbesondere Unfälle

- durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen
- die unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit
- 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

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und weitere Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte Ziffer 4 der AUB.

Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit Vorschädigungen oder Krankheiten an den Unfallfolgen mitgewirkt haben.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 2.1.2.2.3 und 3 der AUB.

**5. Obliegenheiten bei
Vertragsschluss**

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Beachten Sie die benannten Verpflichtungen mit Sorgfalt. Ihre Nichtbeachtung kann schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag

lösen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 12 der AUB.

6. Obliegenheiten während der Laufzeit des Vertrages

Die Höhen der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängen maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die in den allgemeinen Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung VARIO beschriebene Aufteilung der Gefahrengruppen.

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

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Melden Sie uns jeden Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, und ziehen Sie einen Arzt hinzu.

Beachten Sie, dass Sie uns gegenüber den Unfall wahrheitsgemäß schildern.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 6 der AUB.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag lösen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 7 der AUB.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum im Versicherungsschein/in unserem Angebot angegebenen Zeitpunkt, wenn die Zahlung des Beitrags rechtzeitig erfolgt. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir den Vertrag nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen schon zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei drei Monate vor Ablauf Ihrer Vertragslaufzeit zugehen muss.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 9 und 10 der AUB.

9. Möglichkeiten der Beendigung des Vertrages

Neben den unter Ziffer 8 dieses Blattes beschriebenen Kündigungsmöglichkeiten zum Ablauf des Vertrages bestehen weitere Kündigungsrechte, beispielsweise Kündigung nach einem Versicherungsfall.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 9 der AUB.

II Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer

HAFTPFLICHTKASSE
DARMSTADT



1. Gesellschaftsangaben

Haftpflichtkasse Darmstadt
– Haftpflichtversicherung des
Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes – VVaG

Sitz der Gesellschaft: Roßdorf b. Darmstadt

Registergericht Darmstadt HRB 1204

Anschrift:
Arheilger Weg 5
64380 Roßdorf

Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Dr. Hubert-Ralph Schmitt

Vorstand:
Dieter Grathwohl (Vorsitzender)
Karl-Heinz Fahrenholz
Roland Roider

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT ist als Erstversicherer in den Sparten Haftpflichtversicherung, Hausratversicherung und Unfallversicherung tätig.

3. Gesamtbeitrag

Der zu zahlende Beitrag ist abhängig von dem Leistungsumfang und den Versicherungs-/Deckungssummen. Der Beitrag sowie eventuelle Ratenzuschläge und die Versicherungsteuer ergeben sich aus dem Antrag bzw. dem Angebot.

4. Angaben zur Beitragszahlung

Erstbeitrag:
Die Zahlung des Erstbeitrags gilt als rechtzeitig erbracht, wenn diese unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach dem Erhalt des Versicherungsscheins erbracht wurde.

Folgebeitrag:
Die Zahlung des Folgebeitrags gilt als rechtzeitig erbracht, wenn diese zu dem in der Rechnung genannten Zeitpunkt (Fälligkeit) erbracht wurde.

Lastschriftverfahren:
Ist das Lastschriftverfahren vereinbart, ist die Zahlung des Erstbeitrags/des Folgebeitrags rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum genannten Zeitpunkt einzahlen konnten und nicht gegen das Lastschriftverfahren Widerspruch eingelegt wurde.

Die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT wird den SEPA-Basislastschrifteinzug spätestens fünf Kalendertage vorab ankündigen.

Ratenzahlung:
In der Regel ist eine Vereinbarung auf Ratenzahlung mit halb-, vierteljährlichen oder monatlichen Raten möglich. Die Voraussetzungen hierfür sind in den Tarifbestimmungen unter Ratenzahlung festgelegt. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Es gelten die ausstehenden Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen als gestundet. Die gestundeten Raten der laufenden Versicherungsperiode werden sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit einer Rate ganz oder teilweise in Verzug ist.

5. Gültigkeitsdauer von Angeboten

Von uns erstellte Angebote haben eine Gültigkeit von sechs Wochen ab Erstellungsdatum.

6. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, den Vertrag innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem gesonderten Informationsblatt zum Widerrufsrecht.

7. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

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

8. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch.

9. Beschwerdestellen / Aufsichtsbehörde

Wir sind stets bemüht, alle Angelegenheiten zur vollsten Zufriedenheit unserer Kunden zu erledigen. Dennoch kann es im Einzelfall vorkommen, dass Sie Anlass zur Beschwerde sehen. In solchen Fällen können Sie sich an folgende Stellen wenden:

- Ihre Vermittlerin/Ihren Vermittler
- den Vorstand der Haftpflichtkasse Darmstadt – Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes – VVaG
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
- Versicherungsbudermann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

III Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

HAFTPFLICKASSE
DARMSTADT



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimesen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Haftpflichtkasse Darmstadt – Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes – VVaG, Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie

die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§ 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches) jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: Haftpflichtkasse Darmstadt – Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststätten Gewerbes – VVaG, Arheilger Weg 5, 64380 Roßdorf, Telefax: 0 61 54/6 01-22 88, E-Mail: info@haftpflichtkasse.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatte Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Inhaltsverzeichnis

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

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistungen (Ziff. 3) sowie die Ausschlüsse (Ziff. 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
Anderer Finger	5 %

Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knie	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %

Große Zehe	5 %
Andere Zehe	2 %

Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

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

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

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

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

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

Übergangsleistung

2.2 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

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

2.4	Krankenhaustagegeld	4.1.4	Unfälle der versicherten Person
2.4.1	Voraussetzungen für die Leistung		<ul style="list-style-type: none"> - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs; - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit; - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
2.4.2	Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.	4.1.5	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung	4.1.6	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
2.5	Genesungsgeld	4.2	Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
2.5.1	Voraussetzungen für die Leistung	4.2.1	<p>Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.</p> <p>Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.</p>
2.5.2	Höhe und Dauer der Leistung	4.2.2	Gesundheitsschäden durch Strahlen.
2.5.2	Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.	4.2.3	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
2.6	Todesfallleistung		Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
2.6.1	Voraussetzungen für die Leistung		Infektionen
2.6.1	Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben.	4.2.4.1	<p>Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Insektentische oder -bisse oder - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
2.6.2	Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.	4.2.4.2	verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
2.6.2	Höhe der Leistung	4.2.4.3	Versicherungsschutz besteht jedoch für
2.6.2	Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.		<ul style="list-style-type: none"> - Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
3.	Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	4.2.4.3	Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.
3.	Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich	4.2.5	Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
3.	<ul style="list-style-type: none"> - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung 		Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
3.	entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.	4.2.6	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht werden.
3.	Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.	4.2.7	Bauch- oder Unterleibsbrüche.
4.	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?		Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
4.1	Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:	5.	Was müssen Sie beachten?
4.1.1	Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.		<ul style="list-style-type: none"> - bei vereinbartem Kinder-Tarif und - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
4.1.2	Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.	5.1	Umwstellung des Kinder-Tarifs
4.1.2	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.	5.1.1	Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
4.1.3	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegereignisse verursacht sind.	5.1.2	<ul style="list-style-type: none"> - Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
4.1.3	Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegereignissen betroffen wird.		Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
4.1.3	Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.	5.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
4.1.3	Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.		

5.2.1	<p>Die Höhen der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängen maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Hinweise hierzu finden Sie im Anhang zu diesen Bedingungen.</p> <p>Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.</p>	<p>8.2</p> <p>8.3</p> <p>8.4</p>	<p>- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.</p> <p>Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.</p> <p>Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.</p> <p>Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.</p> <p>Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.</p> <p>Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.</p>
5.2.2	<p>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 uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.</p> <p>Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.</p>		<p>Dieses Recht muss</p> <ul style="list-style-type: none"> - von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1, - von Ihnen vor Ablauf der Frist <p>ausgeübt werden.</p> <p>Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.</p>
5.2.3	<p>Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.</p>		<p>Die Versicherungsdauer</p>
6.	<p>Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?</p> <p>Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.</p>	<p>9.</p> <p>9.1</p> <p>9.2</p> <p>9.3</p> <p>9.4</p>	<p>Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?</p> <p>Beginn des Versicherungsschutzes</p> <p>Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.</p> <p>Dauer und Ende des Vertrages</p> <p>Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.</p> <p>Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs eine Kündigung zugegangen ist.</p> <p>Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.</p> <p>Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs zugegangen sein.</p> <p>Kündigung nach Versicherungsfall</p> <p>Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.</p> <p>Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Fall eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des in Schriftform verfassten Urteils zugegangen sein.</p> <p>Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.</p> <p>Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.</p> <p>Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen</p> <p>Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.</p>
6.1	<p>Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.</p>		
6.2	<p>Die von uns überstandene Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.</p>		
6.3	<p>Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.</p>		
6.4	<p>Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungssträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.</p>		
6.5	<p>Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.</p> <p>Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.</p>		
7.	<p>Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?</p> <p>Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.</p> <p>Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.</p> <p>Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.</p> <p>Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.</p>		
8.	<p>Wann sind die Leistungen fällig?</p>		
8.1	<p>Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, 		

Der Versicherungsbeitrag

- 10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**

10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

10.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung (sowie nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen) erfolgt.

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn wir den ersten oder einmaligen Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Vertrages gerichtlich geltend machen.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beiträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

10.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

10.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

10.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig,

wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

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

10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

10.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

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

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

12. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

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

12.2	Rücktritt		
12.2.1	Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts		
	Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.		Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
	Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.		Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
	Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb dieser Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.	12.4	Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.
12.2.2	Ausschluss des Rücktrittsrechts		Anfechtung
	Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.	13.	Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
	Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.	13.1	Wann verjährn die Ansprüche aus dem Vertrag? Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
	Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.	14.	Welches Gericht ist zuständig? Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Erman gelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
12.2.3	Folgen des Rücktritts	14.1	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
	Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.	14.2	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
	Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.	15.	Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie schriftlich abgeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
	Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.	15.1	Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
	Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.	15.2	Welches Recht findet Anwendung? Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
12.3	Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung	16.	
12.3.1	Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.		
	Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.		
	Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.		
	Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.		
12.3.2	Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.		
	Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur		

Inhaltsverzeichnis

1. Leistungsstufe Vollschutz	14
2. Leistungsstufe Komfortschutz Plus	23
3. Leistungsstufe Komfortschutz	30
4. Leistungsstufe Basisschutz	36
5. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent	40
6. Besondere Bedingungen für das Hilfe-Paket	41

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung BBU VARIO.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach der für die versicherte Person vereinbarten Leistungsstufe Vollschutz, Leistungsstufe Komfortschutz Plus, Leistungsstufe Komfortschutz oder Leistungsstufe Basisschutz. Die jeweils vereinbarte Leistungsstufe ergibt sich aus dem Vertrag.

Die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent liegen dem Vertrag zugrunde, soweit eine Unfall-Rente vereinbart ist.

Die Besonderen Bedingungen für das Hilfe-Paket liegen dem Vertrag zugrunde, soweit die Leistung „Hilfe-Paket“ vereinbart ist.

1. Leistungsstufe Vollschutz

Inhaltsverzeichnis	
I. Abweichungen zu den AUB 2010	14
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	14
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	14
2. Ertrinken und Ersticken	14
3. Erfrieren	14
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	14
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	14
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	14
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	14
8. Erhöhte Kraftanstrenungen und Eigenbewegungen	15
9. Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge	15
10. Entführung, Geiselnahme und Raubüberfall	15
11. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	15
B. Erweiterungen der Leistungen	15
12. Gliedertaxe	15
13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	15
14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	15
15. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	16
16. Sofortleistung bei Krebserkrankungen	16
17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	16
18. Erweiterte Übergangsleistung	16
19. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	16
20. Koma- und Pflegegeld	17
21. Todesfallleistung	17
22. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	17
23. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?	17
24. Bergungs- und Transportkosten	
25. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten	17
26. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	18
27. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs	18
28. Heilbehandlungen im Ausland	18
29. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft	18
30. Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	18
C. Versehensklausel bei Berufswechsel	18
31. Versehensklausel bei Berufswechsel	18
D. Krankheiten und Gebrechen	19
32. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	19
E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	19
33. Bewusstseinsstörungen	19
34. Passives Kriegsrisiko	19
35. Fahrtveranstaltungen	19
36. Kitesurfen	19
37. Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen	19
38. Strahlenschäden	19
39. Heilmaßnahmen	19
40. Infektionen	19
41. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen	19
42. Psychische Erkrankung durch Unfall	20
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	20
43. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	20
44. Verdienstausfall	20
45. Meldefrist bei Unfalltod	20
46. Versehensklausel	20
G. Fälligkeit der Leistung	20
47. Vorschussleistung	20
48. Neufeststellung der Invalidität	20
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	20
49. Arbeitslosigkeit	20
50. Arbeitsunfähigkeit	20
51. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	20
52. Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst	20
53. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	21
54. Innovationsgarantie	21
55. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	21
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	21
1. Rooming-in	21
2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	21
3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	21
4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren	21
5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	21
6. Vollwaisen-Rente	21

7. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	21
8. Nachhilfeunterricht	22
9. Logopädische/Psych. Therapie nach unfallbedingter Aphasie	22
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	22
1. Änderung des Erwachsenentarifes	22
2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur	22
3. Kapitalleistung bei Blindheit	22
4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	22
5. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise	22

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Vollschutz).

I. Abweichungen zu den AUB 2010

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2010)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind mitversichert. Als „plötzlich“ werden Einwirkungen von bis zu 7 Tagen angesehen.

2. Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2010 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

2. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 50.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 50.000 EUR.

7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

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

8. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen
(zu Ziffer 1.4 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2010 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche sowie
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- Verrenkungen eines Gelenks,
- Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

9. Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge
(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall, gemäß Ziffer 1.3 AUB 2010, auftreten.

10. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall
(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 AUB 2010 verzichtet.

Wird die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung oder einer Geiselnahme, leisten wir einmalig einen Betrag von 3.000 EUR. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert sein. Die Körperverletzung, die durch den Raubüberfall entstanden ist, muss eine Leistung gemäß Ziffer 2 AUB 2010 ausgelöst haben.

11. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung

(zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010)

11.1 Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten eingetreten sein.

11.2 Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 auf 36 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen
(Ziffer 2 AUB 2010)

12. Gliedertaxe

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
einer Hand	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines unterhalb des Knie	65 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
eines Fußes	60 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	45 %
des Geruchs	20 %
des Geschmacks	20 %
der Stimme	100 %
einer Niere	25 %
beider Nieren	100 %
der Gallenblase	10 %
der Milz	10 %
der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %
des Magens	20 %
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	25 %
eines Lungenflügels	50 %

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %. War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Ziffer 2.1.2.2 AUB 2010 erfolgen soll.

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

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

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

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

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

von %	auf %						
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	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		

15. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Summe.

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

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

16. Sofortleistung bei Krebserkrankungen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Art und Höhe der Leistung:

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR, fällig, wenn die versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs

Die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen kann nicht ausgeschüttet werden, wenn eine der genannten Krebserkrankungen innerhalb von 12 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird oder bei Antragstellung bereits bestanden hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen.

Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.

17. Sofortleistung bei schweren Verletzungen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR, fällig bei folgenden schweren Verletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

18. Erweiterte Übergangsleistung

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

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um 100 % beeinträchtigt; und diese Beeinträchtigung hat bis dahin ununterbrochen bestanden.

Es werden 50 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.2.2 AUB 2010 angerechnet.

19. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

- Das vereinbarte Krankenaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt.
- Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- Der Anspruch auf das Krankenaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
- Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und ein Krankenauslaufenthalte vermieden wird, sowie für ambulante Versorgungen von Knochenbrüchen (ohne Narkose). Soweit Krankenaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, wird bei der Versorgung von Knochenbrüchen eine Mindestleistung von 200 EUR vorgenommen.
- Bei einem Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch durch eine bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung, zahlen wir das vereinbarte Krankenaustagegeld und Genesungsgeld für 3 Tage.
- Bei einem Krankenauslaufenthalte im Ausland wird der zweifache Satz des Unfall-Krankenaustagegeldes geleistet.
- Das Krankenaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.
- Soweit Krankenaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltkosten durch die jeweilige Krankenkasse.
- Für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden das versicherte Krankenaustagegeld und Genesungsgeld gezahlt. Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von

- 13 EUR pro nachgewiesenem Behandlungstag erstattet, sofern das versicherte KHTG/GG mindestens 25 EUR beträgt.
10. Das Genesungsgeld wird zu 100 % für 750 Tage geleistet.
 11. In Erweiterung zu Ziffer 2.5.2 AUB 2010 bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

20. Koma- und Pflegegeld

(zu Ziffer 2.4 AUB 2010)

1. Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches), zahlen wir das Komageld innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, mindestens jedoch in Höhe von 30 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person sich in einem Koma befindet.
2. Erreicht die versicherte Person infolge eines Unfalls die Pflegestufe I, zahlen wir ein Pflegegeld innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 20 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch XI ist.

21. Todesfallleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. Bis zu einem Betrag von 20.000 EUR werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2010 (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.
2. Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2010 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
3. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffungslück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
4. Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod, maximal 500.000 EUR.
5. Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 EUR.

22. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 10.000 EUR, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2010) erforderlich sind:
 - a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
 - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
 - c) Prothesen, Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantation,
 - d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung,
 - e) Anschaffung eines Blindenhundes.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

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

23. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Falls infolge eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

24. Bergungs- und Transportkosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Art der Leistungen

- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 1.3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- 1.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.

- 1.5 Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten auf die Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR.

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

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

- 1.8 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistungen

- 2.1 Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

25. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherter zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2010 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer durchgeführt hat.
2. Die Kurbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
 3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
 4. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
 5. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
 6. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
 7. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

26. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2010 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.
Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
 - 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahrs.
 - 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- ### 2. Art und Höhe der Leistungen
- 2.1 Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnarzt-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatz-, Zahnlaborkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.
 - 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
 - 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
 - 2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

27. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Voraussetzungen für die Leistung:

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

2. Art und Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis 10.000 EUR Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
Kein Versicherungsschutz besteht für
 - Fälle, bei denen die Brustkrebskrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
 - Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

28. Heilbehandlungen im Ausland

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Bei Unfällen, die sich während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen ereignen, übernehmen wir die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem betreffenden Land. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
2. Die Kosten übernehmen wir auch über den geplanten Rückreisettermi n hinaus, wenn eine frühere Rückkehr aufgrund der Unfallverletzungen nicht möglich war (die Rückreisekosten werden im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten übernommen).
3. Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort nicht erhältlich, sorgen wir, soweit möglich, auch für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
4. Die Kostenerstattung ist begrenzt auf max. 5.000 EUR.

29. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

(zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

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

mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Wird der Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

30. Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmals erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 17 BBU Vollschutz).
2. Der Versicherungsschutz beginnt
 - a) mit dem Erwerb des Eigenheims oder,
 - b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.
3. Die beitragsfrei Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je
 - 30.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 24.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 18.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 12.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
 - 6.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
4. Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine
 - a) mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
 - b) mit Veräußerung des Eigenheims,
 - c) mit Beendigung der Unfallversicherung.

C. Versehensklausel bei Berufswechsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

31. Versehensklausel bei Berufswechsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

D. Krankheiten und Gebrechen
(Ziffer 3 AUB 2010)

32. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
(zu Ziffer 3 AUB 2010)

1. Abweichend von Ziffer 3 AUB 2010 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 70 % beträgt.
2. Soweit im Versicherungsschein gesondert vereinbart, wird auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen verzichtet.

E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen
(Ziffer 4 AUB 2010)

33. Bewusstseinsstörungen
(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit, Einnahme von Medikamenten oder durch die Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.
Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen, jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.
2. In Abänderung der Ziffer 4.1.1 AUB 2010 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufstörung, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle verursacht wurden.
3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle oder Erschrecken werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
4. In Ergänzung zu Absatz 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
5. Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) mitversichert. Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

34. Passives Kriegsrisiko
(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2010)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 21 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
 2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält;
 - b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalten dort öffentlich gewarnt worden ist, es sei denn, eine Durchquerung eines solchen Gebietes war aufgrund von Ausreisebemühungen nach Nr. 1 dieser Vorschrift unumgänglich;
 - c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.
- Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden 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 Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;
- d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen);
 - e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

35. Fahrveranstaltungen
(zu Ziffer 4.1.5 AUB 2010)

In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2010 gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeit-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

36. Kitesurfen

(zu Ziffer 4.1.4 AUB 2010)

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen gemäß Ziffer 4.1.4 AUB 2010 angesehen.

37. Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen

(zu Ziffer 4.2.1 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 4.2.1 AUB 2010 gelten Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen als mitversichert.

38. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.2 AUB 2010 sind lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie ausgeschlossen.

39. Heilmaßnahmen

(zu Ziffer 4.2.3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2010 gelten das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallende Eingriffe.

40. Infektionen

(zu Ziffer 1.3 und Ziffer 4.2.4 AUB 2010)

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. FSME, Borreliose, Brucellosis, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenvieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) besteht, wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.

Der Versicherungsschutz nach Absatz b) besteht, soweit der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

Bei den in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und den Besonderen Bedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
3. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
4. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.
5. Eingeschlossen sind auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.
6. Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion stattfinden, gelten als krankenhaustagegeld-auslösender Krankenhausaufenthalt.

41. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2010 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

42. Psychische Erkrankung durch Unfall
(zu Ziffer 4.2.6 AUB 2010)

1. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
2. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund Überfall, Geiselnahme oder Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades auftreten, übernehmen wir die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten
(Ziffer 6 AUB 2010)

43. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
(zu Ziffer 6.1 AUB 2010)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2010 – erst dann einen Arzt hinzu zieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

44. Verdienstausfall
(zu Ziffer 6.3 AUB 2010)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder frei-beruflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

45. Meldefrist bei Unfalltod
(zu Ziffer 6.5 AUB 2010)

Ziffer 6.5 AUB 2010 wird gestrichen.

46. Versehensklausel
(zu Ziffer 6 AUB 2010 und Ziffer 7 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung
(zu Ziffer 8 AUB 2010)

47. Vorschussleistung
(Ziffer 8 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2010 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist.

48. Neufeststellung der Invalidität
(Ziffer 8.4 AUB 2010)

1. Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
 - a) zwei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns,
 - b) drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie,
 - c) fünf Jahre nach dem Unfall, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
2. Das Verlangen einer Neubemessung können
 - a) Sie vor Ablauf der Frist nach Nr. 48.1 oder
 - b) wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Nr. 8.4 AUB 2010 aussprechen.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer
(Ziffer 9 AUB 2010)

49. Arbeitslosigkeit
(zu Ziffer 9 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Au-

ßerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

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

3. Voraussetzung für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
- Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beiglichen.
- Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
- Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
- Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.

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

4. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

5. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

50. Arbeitsunfähigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

1. Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.

2. Art und Höhe der Leistung:

- Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.
- Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.
- Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.
- Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

3. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

51. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

1. Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwer-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

52. Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst

(zu Ziffer 9.4 AUB 2010)

Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Freiwilligem Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

53. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

1. Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmal zu Beginn des zweiten Versicherungsjahrs und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.
Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für die Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.
Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahrs zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2010 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahrs zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

54. Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der VN und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

55. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die HAFTPFLICKASSE DARMSTADT garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 60 EUR gezahlt.
2. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
3. Der unter Ziffer 1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2010 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2010)

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010 und Ziffer 41 BBU Vollschutz)

Ergänzend zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010 und Ziffer 41 BBU Vollschutz besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

1. Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch Medikamente, Tabak, Alkohol, Reinigungsmittel und Kosmetika, Lösungsmittel, Insektizide, die das versicherte Kind, auch wenn es nicht beaufsichtigt war von den entsprechend verantwortlichen Personen, eingenommen, ausprobiert oder heruntergeschluckt hat.
2. Hat das versicherte Kind Pflanzen oder Teile einer Pflanze, wie z. B. Beeren, Nüsse, Früchte, Blätter, Wurzeln, gegessen, gekaut und/oder ausgespuckt oder ist es mit Pflanzen oder Teilen einer Pflanze in Berührung gekommen, die zu einer Vergiftung führen, gilt dies und die entsprechenden Folgen dieser Vergiftungen als Unfallereignis im Sinne der Bedingungen.
3. Verätzungen auf der Haut bzw. Schleimhaut des versicherten Kindes durch chemische Stoffe gelten als Unfallereignis nach Ziffer 1.3 AUB 2010. Mitversichert sind ebenfalls auch Verätzungen in Mund- oder Rachenraum, Speiseröhre, Magen und Darm und im Augenbereich des versicherten Kindes.

5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene

(zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit
 - 60.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
 - 10.000 EUR Todesfallssumme
 - 11 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
 bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs beitragsfrei mitversichert.
2. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gem. Ziff. 5 Abs. 1 des Vertrages zusätzlich. Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
3. Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren für ein Jahr ab RechtsWirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit 30.000 EUR für den Invaliditätssfall.

6. Vollwaisen-Rente

(zu Ziffer 10.7 AUB 2010)

1. Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder des Versicherten). Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt. Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der unter Ziffer 1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

7. Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall

(zu Ziffer 10.7 AUB 2010)

1. Der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt (den Versicherungsschutz für Ihren eigenen Vertragsteil setzen wir auf Ihren Wunsch außer Kraft). Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig waren, und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahrs bestehen, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird.
2. Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen. Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

8. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EUR pro ausgefallenem Schultag.

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet. Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstsatz nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaus-Tagegeldsatz angehoben.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf das 100-fache des Erstattungs-Höchstsatzes begrenzt.

9. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion:

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 und den dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten beim Sprechen, im Sprachverständnis und/oder beim Lesen und Schreiben sowie dem Nichtsprechen aufgrund einer psychischen Reaktion nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 werden von uns die Kosten für eine notwendige logopädische Therapie bzw. psychotherapeutische Therapie, die dem Zweck dient, die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen oder zumindest zu verbessern, bis maximal 1.500 EUR für das versicherte Kind erstattet.

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres**1. Änderungen des Erwachsenentarifes**

1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer 5 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

- 1.2 Die Möglichkeit gemäß BBU VARIO 1. Leistungsstufe Vollschutz Ziffer 32 Absatz 2, auf Verzicht der Leistungskürzung bei Mitwirkung von unabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, wird gestrichen. Vereinbart gilt BBU VARIO 1. Leistungsstufe Vollschutz Ziffer 32 Absatz 1.
- 1.3. Die gemäß BBU VARIO 1. Leistungsstufe Vollschutz Ziffer 16 beschriebene Sofortleistung bei Krebserkrankungen wird gestrichen.

2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Oberarmfraktur erleidet.

3. Kapitalleistung bei Blindheit

Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose von Blindheit der versicherten Person eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 EUR.

4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln**4.1 Voraussetzung für die Leistung**

Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden ent-schädigungspflichtigen Unfall.

Wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, die medizinische Verordnung der unter Ziffer 4.2 genannten Hilfsmittel notwendig.

4.2 Hilfsmittel

Arm- und Beinprothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstuhl, Orthesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Schienenapparate, Hörgeräte, Kunstauge und Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

- 4.3 Soweit ein Ersatzpflichtiger für die Leistung eintreten muss, kann Ihr Erstattungsanspruch gegen uns nur für die restlichen Kosten erhoben werden.

4.4 Höhe der Leistung

Die nachgewiesenen Kosten für die unter Ziffer 4.2 genannten Hilfsmittel werden bis max. 1.500 EUR einmal je Unfall gezahlt.

5. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2010, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenen Gesamtinvalidität.

2. Leistungsstufe Komfortschutz Plus

Inhaltsverzeichnis	
I. Abweichungen zu den AUB 2010	23
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	23
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	23
2. Ertrinken und Ersticken	23
3. Erfrieren	23
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	23
5. Sonnenbrand oder Sonnenstich	23
6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten	23
7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	23
8. Erhöhte Kraftanstrengung	23
9. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall	24
10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	24
B. Erweiterungen der Leistungen	24
11. Gliedertaxe	24
12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	24
13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	24
14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	24
15. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	25
16. Erweiterte Übergangsleistung	25
17. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	25
18. Komageld	25
19. Todesfalleistung	25
20. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	25
21. Bergungs- und Transportkosten	26
22. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten	26
23. Kosmetische Operationen und Zahnersatz	26
24. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft	26
C. Versehensklausel bei Berufswechsel	26
25. Versehensklausel bei Berufswechsel	26
D. Krankheiten und Gebrechen	26
26. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	26
E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	27
27. Bewusstseinsstörungen	27
28. Passives Kriegsrisiko	27
29. Fahrtveranstaltungen	27
30. Kitesurfen	27
31. Strahlenschäden	27
32. Heilmaßnahmen	27
33. Infektionen	27
34. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen	27
35. Psychische Erkrankung durch Unfall	27
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	28
36. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	28
37. Verdienstausfall	28
38. Meldefrist bei Unfalltod	28
39. Versehensklausel	28
G. Fälligkeit der Leistung	28
40. Vorschussleistung	28
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	28
41. Arbeitslosigkeit	28
42. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	28
43. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	28
44. Innovationsgarantie	28
45. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	28
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	28
1. Rooming-in	28
2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	28
3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	29
4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren	29
5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	29
6. Vollwaisen-Rente	29
7. Nachhilfeunterricht	29
8. Logopädische/Psych. Therapie nach unfallbedingter Aphasie	29
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	29
1. Änderung des Erwachsenenentarifes	29
2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur	29
3. Kapitalleistung bei Blindheit	29
4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	29
5. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise	29

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Komfort PLUS).

I. Abweichungen zu den AUB 2010

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2010)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

2. Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Sonnenbrand oder Sonnenstich (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

6. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2010 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfelverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

2. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenersstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 20.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, maximal bis 20.000 EUR.

7. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

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

8. Erhöhte Kraftanstrengung (zu Ziffer 1.4 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2010 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüchen sowie
- b) Schädigungen an Gelenken oder Wirbelsäule,
- c) Verrenkungen eines Gelenks,
- d) Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

9. Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall
(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 AUB 2010 verzichtet.

Wird die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung oder einer Geiselnahme, leisten wir einmalig einen Betrag von 3.000 EUR. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert sein. Die Körperverletzung, die durch den Raubüberfall entstanden ist, muss eine Leistung gemäß Ziffer 2 AUB 2010 ausgelöst haben.

10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung

(zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010)

Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 auf 24 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen

(Ziffer 2 AUB 2010)

11. Gliedertaxe

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines unterhalb des Knie	65 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	15 %
der Stimme	100 %
eine Niere	25 %
beide Nieren	100 %
der Milz	10 %
der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere und Milz haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2010 erfolgen soll.

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

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

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

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünfzehnfache Summe.

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

von %	auf %						
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	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		

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtzehnfache Summe.

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

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

15. Sofortleistung bei schweren Verletzungen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Sofortleistung wird in Höhe von 5 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 EUR, fällig bei folgenden schweren Verletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- c) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- d) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

16. Erweiterte Übergangsleistung

(zu Ziffer 2.2 AUB 2010)

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

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- um 100 % beeinträchtigt; und diese Beeinträchtigung hat bis dahin ununterbrochen bestanden.

Es werden 50 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.2.2 AUB 2010 angerechnet.

17. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.4 AUB 2010 und Ziffer 2.5 AUB 2010)

1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
3. Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
4. Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

5. Bei einem Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch durch eine bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für 3 Tage.
6. Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart sind, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltkosten durch die jeweilige Krankenkasse.
7. Für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden das versicherte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld gezahlt. Bei unfallbedingten, ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 EUR pro nachgewiesenem Behandlungstag erstattet, sofern das versicherte KHTG/GG mindestens 25 EUR beträgt.
8. Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des Krankenhaustagegeldes geleistet.
9. Das Genesungsgeld wird zu 100 % für 500 Tage geleistet.
10. In Erweiterung zu Ziffer 2.5.2 AUB 2010 bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

18. Komageld

(zu Ziffer 2.4 AUB 2010)

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches), so wird für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag, maximal 12 Wochen, ein Komageld in Höhe des Krankenhaustagegeldes geleistet.

19. Todesfallsleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. Bis zu einem Betrag von 6.000 EUR werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2010 (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.
2. Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre vom Unfalltag an gerechnet unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2010 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
3. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
4. Sterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherte Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallsleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfalltod, maximal 500.000 EUR.
5. Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 EUR.

20. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 6.000 EUR, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2010) erforderlich sind:
 - a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
 - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
 - c) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantationen,
 - d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung,
 - e) Anschaffung eines Blindenhundes.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

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

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

21. Bergungs- und Transportkosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Art der Leistungen

- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 1.3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- 1.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 1.5 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 1.6 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 1.7 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2. Höhe der Leistungen
- 2.1 Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

22. Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2010 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer durchgeführt hat.
2. Die Kurbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
5. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
6. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

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

23. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2010 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

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

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

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.1 Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnarzt-, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit natürliche Schneide- und/oder Eckzähne beschädigt wurden.

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

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

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

24. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

(zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

30.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)

mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten / den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht. Wird Ihr Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

C. Versehensklausel bei Berufswchsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

25. Versehensklausel bei Berufswchsel

(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

D. Krankheiten und Gebrechen

(Ziffer 3 AUB 2010)

26. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

(zu Ziffer 3 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2010 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.

E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen
(Ziffer 4 AUB 2010)

27. Bewusstseinsstörungen
(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit, Einnahme von Medikamenten oder durch die Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.
Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen, jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,5 Promille liegt.
2. In Abänderung der Ziffer 4.1.1 AUB 2010 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden.
3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
4. In Ergänzung zu Absatz 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
5. Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) mitversichert. Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

28. Passives Kriegsrisiko
(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2010)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 21 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält;
 - b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalten dort öffentlich gewarnt worden ist, es sei denn, eine Durchquerung eines solchen Gebietes war aufgrund von Ausreisebemühungen nach Nr. 1 dieser Vorschrift unumgänglich;
 - c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden 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 Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;

 - d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen);
 - e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

29. Fahrtveranstaltungen
(zu Ziffer 4.1.5 AUB 2010)

In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2010 gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeit-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert werden, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

30. Kitesurfen

(zu Ziffer 4.1.4 AUB 2010)

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen gemäß Ziffer 4.1.4 AUB 2010 angesehen.

31. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.2 AUB 2010 sind lediglich Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie ausgeschlossen.

32. Heilmaßnahmen

(zu Ziffer 4.2.3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2010 gelten das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallende Eingriffe.

33. Infektionen

(zu Ziffer 1.3 und Ziffer 4.2.4 AUB 2010)

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. FSME, Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeifersches Drüsenvieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) besteht, wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.

Der Versicherungsschutz nach Absatz b) besteht, soweit der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

Bei den in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und den Besonderen Bedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
3. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
4. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.
5. Eingeschlossen sind auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2010 und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.6 AUB 2010, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

34. Vergiftungen/Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2010 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

35. Psychische Erkrankung durch Unfall

(zu Ziffer 4.2.6 AUB 2010)

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

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten
(Ziffer 6 AUB 2010)

36. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
(zu Ziffer 6.1 AUB 2010)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2010 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

37. Verdienstausfall

(zu Ziffer 6.3 AUB 2010)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder frei-beruflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfall-versicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

38. Meldefrist bei Unfalltod

(zu Ziffer 6.5 AUB 2010)

Ziffer 6.5 AUB 2010 wird gestrichen.

39. Versehensklausel

(zu Ziffer 6 AUB 2010 und Ziffer 7 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung

(zu Ziffer 8 AUB 2010)

40. Vorschussleistung

(Ziffer 8 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2010 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist. Höchstens jedoch 50 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 100.000 EUR.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer

(Ziffer 9 AUB 2010)

41. Arbeitslosigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.
3. Voraussetzung für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:
 - Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
 - Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beiglichen.
 - Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
 - Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.

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

4. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

5. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

42. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit
(zu Ziffer 9 AUB 2010)

1. Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerst-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

43. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

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

Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für die Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genehmigungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2010 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahrs zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

44. Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der VN und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

45. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die HAFTPFLICKASSE DARMSTADT garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 EUR gezahlt.
2. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
3. Der unter Ziffer 1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

(zu Ziffer 4.1.2 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2010 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug

lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Selbstgebaute Feuerwerkskörper (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2010)

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. Vergiftungen/Verätzungen bei Kindern unter 14 Jahren (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010 und Ziffer 34 BBU Komfortschutz Plus)

Ergänzend zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010 und Ziffer 34 BBU Komfortschutz Plus besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

1. Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch Medikamente, Tabak, Alkohol, Reinigungsmittel und Kosmetika, Lösungsmittel, Insektizide, die das versicherte Kind, auch wenn es nicht beaufsichtigt war von den entsprechend verantwortlichen Personen, eingenommen, ausprobiert oder heruntergeschluckt hat.
2. Hat das versicherte Kind Pflanzen oder Teile einer Pflanze, wie z. B. Beeren, Nüsse, Früchte, Blätter, Wurzeln, gegessen, gekaut und/oder ausgespuckt oder ist es mit Pflanzen oder Teilen einer Pflanze in Berührung gekommen, die zu einer Vergiftung führen, gilt dies und die entsprechenden Folgen dieser Vergiftungen als Unfallereignis im Sinne der Bedingungen.
3. Verätzungen auf der Haut bzw. Schleimhaut des versicherten Kindes durch chemische Stoffe gelten als Unfallereignis nach Ziffer 1.3 AUB 2010. Mitversichert sind ebenfalls auch Verätzungen im Mund- oder Rachenraum, Speiseröhre, Magen und Darm und im Augenbereich des versicherten Kindes.

5. Vorsorgeversicherung für Neugeborene (zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit
 - 30.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
 - 5.000 EUR Todesfallsumme
 - 5 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
 bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Vollendung der Geburt folgt, mindestens für drei Monate beitragsfrei mitversichert.
2. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gem. Ziff. 5 Abs. 1 des Vertrages zusätzlich. Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

6. Vollwaisen-Rente

(zu Ziffer 10.7 AUB 2010)

1. Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder des Versicherten). Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 6.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt. Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der unter Ziffer 1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

7. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EUR pro ausgefallenem Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeldleistung erstattet. Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstsatz nach Entlassung

aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaustagegeldsatz angehoben.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf das 100-fache des Erstattungshöchstsatzes begrenzt.

8. Mitversicherung einer logopädischen Therapie bzw. psychotherapeutischen Therapie nach einer unfallbedingten Aphasie (Sprachverlust) bzw. psychischen Reaktion:

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 und den dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten beim Sprechen, im Sprachverständnis und/oder beim Lesen und Schreiben sowie dem Nichtsprechen aufgrund einer psychischen Reaktion nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 werden von uns die Kosten für eine notwendige logopädische Therapie bzw. psychotherapeutische Therapie, die dem Zwecke dient, die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen oder zumindest zu verbessern, bis maximal 1.500 EUR für das versicherte Kind erstattet.

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenenentarifes

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahrs, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer 5 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

2. Oberschenkelhalsfraktur, Oberarmfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Oberarmfraktur erleidet.

3. Kapitalleistung bei Blindheit

Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose von Blindheit der versicherten Person eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 EUR.

4. Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln

4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden entzündungspflichtigen Unfall. Wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, die medizinische Verordnung der unter Ziffer 4.2 genannten Hilfsmittel notwendig.

4.2 Hilfsmittel

Arm- und Beinprothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstuhl, Orthesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Schienenapparate, Hörgeräte, Kunstauge und Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

4.3 Soweit ein Ersatzpflichtiger für die Leistung eintreten muss, kann Ihr Erstattungsanspruch gegen uns nur für die restlichen Kosten erhoben werden.

4.4 Höhe der Leistung

Die nachgewiesenen Kosten für die unter Ziffer 4.2 genannten Hilfsmittel werden bis max. 1.500 EUR einmal je Unfall gezahlt.

5. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2010, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenen Gesamtinvalidität.

3. Leistungsstufe Komfortschutz

Inhaltsverzeichnis	
I. Abweichungen zu den AUB 2010	30
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	30
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	30
2. Ertrinken und Ersticken	30
3. Erfrieren	30
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug	30
5. Tauchtypische Gesundheitsschäden	30
6. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	30
7. Erhöhte Kraftanstrengung	30
8. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	30
B. Erweiterungen der Leistungen	31
9. Gliedertaxe	31
10. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	31
11. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	31
12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	31
13. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	31
14. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	32
15. Todesfallleistung	32
16. Bergungs- und Transportkosten	32
17. Kurkostenbeihilfe	32
18. Kosmetische Operationen	32
19. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft	32
C. Versehensklausel bei Berufswchsel	33
20. Versehensklausel bei Berufswchsel	33
D. Krankheiten und Gebrechen	33
21. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	33
E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	33
22. Bewusstseinsstörungen	33
23. Passives Kriegsrisiko	33
24. Strahlenschäden	33
25. Heilmaßnahmen	33
26. Nahrungsmittelvergiftungen	33
27. Psychische Erkrankung durch Unfall	33
F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	33
28. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	33
29. Verdienstausfall	33
30. Meldefrist bei Unfalltod	33
31. Versehensklausel	33
G. Fälligkeit der Leistung	33
32. Vorschussleistung	33
H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	33
33. Arbeitslosigkeit	33
34. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	34
35. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	34
36. Innovationsgarantie	34
37. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	34
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	34
1. Rooming-in	34
2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	34
3. Vergiftungen	34
4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene	34
5. Vollwaisen-Rente	34
6. Nachhilfeunterricht	34
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	35
1. Änderung des Erwachsenen tarif	35
2. Oberschenkelhalsfraktur	35
3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise	35

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Komfort).

I. Abweichungen zu den AUB 2010

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2010)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

2. Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

5. Tauchtypische Gesundheitsschäden (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2010 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

6. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

7. Erhöhte Kraftanstrengung (zu Ziffer 1.4 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2010 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- a) Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
- b) Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

8. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010)

Die Frist zur Geltendmachung einer Invalidität und zur ärztlichen Feststellung wird abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen
(Ziffer 2 AUB 2010)

9. Gliedertaxe

(zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:
Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	70 %
Arm bis oberhalb des Ellbogengelenks	70 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	70 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines unterhalb des Knie	55 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	3 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	35 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
der Stimme	40 %

10. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

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

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

11. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

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

von %	auf %						
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	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		

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

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

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

13. Sofortleistung bei schweren Verletzungen

(zu Ziffer 2.2 AUB 2010)

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

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelsäulenbruch,
 - Beckenringbruch.

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

14. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.4 AUB 2010 und Ziffer 2.5 AUB 2010)

1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
3. Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
4. Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder der Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.
5. Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des Unfall-Krankenhaustagegeldes geleistet.

15. Todesfallsleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. Verstirbt der Versicherte innerhalb der ersten zwei Jahre vom Unfalltag an gerechnet unfallbedingt, so entsteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2010 Anspruch auf die Todesfallsumme. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.
2. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunfall), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

16. Bergungs- und Transportkosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Art der Leistungen

- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 1.3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
- 1.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 1.5 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 1.6 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 1.7 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2. Höhe der Leistungen
- 2.1 Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

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

17. Kurkostenbeihilfe

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2010 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer
 durchgeführt hat.
2. Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
4. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
5. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
6. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18. Kosmetische Operationen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2010 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
2. Art und Höhe der Leistungen
- 2.1 Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.
- 2.4 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.5 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

19. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft (zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages, ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

- 25.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht. Wird Ihr Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einstchluss ohne Gesundheitsprüfung.

C. Versehensklausel bei Berufswchsel
(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

20. Versehensklausel bei Berufswchsel
(zu Ziffer 5.2 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

D. Krankheiten und Gebrechen
(Ziffer 3 AUB 2010)

21. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
(zu Ziffer 3 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2010 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 40 % beträgt.

E. Einschränkungen zu den Ausschlüssen
(Ziffer 4 AUB 2010)

22. Bewusstseinsstörungen
(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert.
Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.
2. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

23. Passives Kriegsrisiko
(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2010)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält;
 - b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalten dort öffentlich gewarnt worden ist;
 - c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden 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 Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;

 - d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen);
 - e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

24. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010)

In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010 sind Gesundheitsschäden durch

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

 mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

25. Heilmaßnahmen

(zu Ziffer 4.2.3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2010 gelten das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallende Eingriffe.

26. Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2010 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

27. Psychische Erkrankung durch Unfall

(zu Ziffer 4.2.6 AUB 2010)

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

F. Einschränkungen zu den Obliegenheiten

(Ziffer 6 AUB 2010)

28. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

(zu Ziffer 6.1 AUB 2010)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2010 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Verweigert der Versicherte eine Operation zur Verbesserung unfallbedingter Gesundheitsschäden, so kommt eine Leistungskürzung nur dann in Frage, wenn die Operation einfach und gefahrlos ist, wenn sie nicht mit besonderen Schmerzen verbunden ist und wenn sie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bietet.

29. Verdienstausfall

(zu Ziffer 6.3 AUB 2010)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder frei-beruflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

30. Meldefrist bei Unfalltod

(zu Ziffer 6.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 6.5 AUB 2010 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die beugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

31. Versehensklausel

(zu Ziffer 6 AUB 2010 und Ziffer 7 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

G. Fälligkeit der Leistung

(zu Ziffer 8 AUB 2010)

32. Vorschussleistung

(Ziffer 8 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2010 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist, maximal 10.000 EUR.

H. Erweiterungen zur Versicherungsdauer

(Ziffer 9 AUB 2010)

33. Arbeitslosigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Au-

Überkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

2. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
3. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

34. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit (zu Ziffer 9 AUB 2010)

1. Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerst-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

35. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

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

Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für die Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genseungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2010 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahrs zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

36. Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der VN und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

37. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die HAFTPFLICKASSE DARMSTADT garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 25 EUR gezahlt.

2. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
3. Der unter Ziffer 1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2010 ist bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Vergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2010 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene

(zu Ziffer 9.1 AUB 2010)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit 25.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis zur nächsten Hauptfälligkeit, die nach der Vollendung der Geburt folgt, mindestens für drei Monate beitragsfrei mitversichert.
2. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz gem. Ziff. 4 Abs. 1 des Vertrages zusätzlich. Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

5. Vollwaisen-Rente

(zu Ziffer 10.7 AUB 2010)

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

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

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

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

6. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EUR pro ausgefallenem Schultag.

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet. Ist ein Krankenhaustagegeld von mehr als 30 EUR vereinbart, wird der Erstattungs-Höchstsatz nach Entlassung aus dem Krankenhaus auf den versicherten Krankenhaus-Tagegeldsatz angehoben.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf das 100-fache des Erstattungs-Höchstsatzes begrenzt.

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenenarifles

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer 3 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

2. Oberschenkelhalsfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2010, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenen Gesamtinvalidität.

4. Leistungsstufe Basisschutz

Inhaltsverzeichnis

I. Abweichungen zu den AUB 2010	36
A. Erweiterungen des Unfallbegriffs	36
1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe	36
2. Ertrinken und Ersticken	36
3. Erfrieren	36
4. Tauchtypische Gesundheitsschäden	36
5. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen	36
6. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung	36
B. Erweiterungen der Leistungen	36
7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme	36
8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme	36
9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme	37
10. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	37
11. Todesfallsleistung	37
12. Bergungs- und Transportkosten	37
13. Kurkostenbeihilfe	37
14. Kosmetische Operationen	38
C. Einschränkungen zu den Ausschlüssen	38
15. Bewusstseinsstörungen	38
16. Passives Kriegsrisiko	38
17. Strahlenschäden	38
18. Nahrungsmittelvergiftungen	38
19. Psychische Erkrankung durch Unfall	38
D. Einschränkungen zu den Obliegenheiten	38
20. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	38
21. Verdienstausfall	38
22. Meldefrist bei Unfalltod	38
23. Versehensklausel	38
E. Erweiterungen zur Versicherungsdauer	38
24. Arbeitslosigkeit	38
25. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit	39
26. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)	39
27. Innovationsgarantie	39
28. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen	39
II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern	39
1. Vergiftungen	39
III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres	39
1. Änderung des Erwachsenenarifes	39
2. Oberschenkelhalsfraktur	39
3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise	39

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) und, soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU Basisschutz).

I. Abweichungen zu den AUB 2010

A. Erweiterungen des Unfallbegriffs (Ziffer 1 AUB 2010)

1. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

2. Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

3. Erfrieren (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

4. Tauchtypische Gesundheitsschäden (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2010 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

5. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen und gewalttätigen Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

6. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung (zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010)

Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen (Ziffer 2 AUB 2010)

7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

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

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

8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,

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

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

von %	auf %						
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	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		

9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

(zu Ziffer 2.1 AUB 2010 und Ziffer 3 AUB 2010)

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

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

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

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

10. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

(zu Ziffer 2.4 AUB 2010 und Ziffer 2.5 AUB 2010)

- Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- Der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
- Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder der Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

11. Todesfallsleistung

(zu Ziffer 2.6 und Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

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

12. Bergungs- und Transportkosten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

- Art der Leistungen
 - Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
 - Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
 - Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.
 - Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
 - Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
 - Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Höhe der Leistungen
 - Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
 - Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteht der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
 - Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
 - Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

13. Kurkostenbeihilfe

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Ziffer 2 AUB 2010 wird um folgende Leistungsart erweitert:

- Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2010 eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat.
- Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
- Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
- Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

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

14. Kosmetische Operationen

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2010 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

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

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

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

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

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.1 Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags für nachgewiesene

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

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

- 2.3 Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

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

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

C. Einschränkungen zu den Ausschlüssen

(Ziffer 4 AUB 2010)

15. Bewusstseinsstörungen

(zu Ziffer 4.1.1 AUB 2010)

1. In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2010 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert.

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille liegt.

2. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

16. Passives Kriegsrisiko

(zu Ziffer 4.1.3 AUB 2010)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseigkeiten.

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

- a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält;
- b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalten dort öffentlich gewarnt worden ist;
- c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden 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 Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;

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

- e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

17. Strahlenschäden

(zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010)

In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB 2010 sind Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

18. Nahrungsmittelvergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2010 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

19. Psychische Erkrankung durch Unfall

(zu Ziffer 4.2.6 AUB 2010)

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

D. Einschränkungen zu den Obliegenheiten

(Ziffer 6 AUB 2010)

20. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

(zu Ziffer 6.1 AUB 2010)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2010 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

21. Verdienstausfall

(zu Ziffer 6.3 AUB 2010)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiwillig Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet.

22. Meldefrist bei Unfalltod

(zu Ziffer 6.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 6.5 AUB 2010 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die beugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

23. Versehensklausel

(zu Ziffer 6 AUB 2010 und Ziffer 7 AUB 2010)

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

E. Erweiterungen zur Versicherungsdauer

(Ziffer 9 AUB 2010)

24. Arbeitslosigkeit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2010 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Au-

ßerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

2. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
3. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.

25. Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

1. Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerst-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
2. Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

26. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

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

Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für die Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genehmigungsgeld auf volle 1 EUR aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
 3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
- Die Anpassung entfällt, wenn Sie zweimal der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
- Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2010 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
 5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahrs zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

27. Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der VN und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

28. Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die HAFTPFLICKASSE DARMSTADT garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

II. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Vergiftungen

(zu Ziffer 4.2.5 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2010 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres

1. Änderungen des Erwachsenentarifes

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Der Invaliditätsleistung wird eine Integralfranchise in Höhe von 25 % gemäß Ziffer 3 zugrunde gelegt. Beiträge und Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung bleiben in diesem Fall unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

2. Oberschenkelhalsfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

3. Invaliditätsleistung mit Integralfranchise

Soweit vereinbart, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 AUB 2010, oder deren Erweiterungen, bzw. nach der Ziffer 2.1 AUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenen Gesamtinvalidität.

5. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent

Inhaltsverzeichnis

Unfall-Rente

1. Voraussetzungen für die Leistung
2. Höhe der Leistung
3. Beginn und Dauer der Leistung

Unfall-Rente

Soweit vereinbart, leisten wir ergänzend zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) eine Unfall-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB 2010 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen sowie in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Ziffer 3 AUB 2010 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3. Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ersten des Monats gezahlt, in dem

- a) die versicherte Person stirbt.
Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit;
- b) wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.4 AUB 2010 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

3.3 Partner-/Vollwaisen-Rente

Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute.

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

6. Besondere Bedingungen für das Hilfe-Paket

Soweit vereinbart, werden ergänzend zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) nachfolgende Leistungen im Rahmen des Hilfe-Paketes erbracht.

Die Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Die Kosten tragen wir. Auf Ziffer 6 wird hingewiesen.

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen im Rahmen der AUB 2010 und BBU VARIO in der dem Vertrag zugrunde liegenden Leistungsstufe versicherten Unfall erlitten und ist aufgrund dieses Unfalls hilfebedürftig.

Hilfebedürftig ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe bedarf.

Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines Erstgespräches durch den Dienstleister festgestellt. Die Kostenübernahme gilt nur für den durch uns beauftragten Dienstleister. Die Auswahl des Dienstleisters erfolgt durch uns.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, soweit nicht ausdrücklich in der Beschreibung der einzelnen Leistung eine weltweite Erbringung beschrieben ist. Für alle anderen Leistungen können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person diese nicht erbracht werden.

2. Dauer der Leistung

Die Leistungen werden für die Dauer der Hilfebedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate nach dem Unfallereignis oder der Entlassung aus der vollstationären Erstbehandlung. Für die Organisation von Vermittlungsleistungen oder die Leistungen für Familienangehörige gemäß Ziffer 4 entsteht der Anspruch bereits mit Eintritt des Unfalls.

3. Umfang der Leistung

Auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 AUB 2010 wird verzichtet.

3.1 Hilfeleistungen

3.1.1 Erstgespräch

Der Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls ein persönliches Gespräch zur Feststellung der Ressourcen des Hilfs- oder Pflegebedürftigen und der Ermittlung und Abstimmung der im Einzelnen zu erbringenden Leistungen und Termine.

3.1.2 Hausnotrufdienst

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

3.1.3 Menüservice

Diese Leistung umfasst die Anlieferung von 7 Hauptmahlzeiten pro Woche an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm bei Bedarf für bis zu 6 Monate angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafräum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt.

3.1.5 Besorgungen und Einkäufe

Bei Bedarf werden einmal in der Woche für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszeitels für Gegenstände des täglichen Bedarfes

einschließlich Arzneimitteln, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.

3.1.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gepflegt. Hierzu zählen Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen sowie die Schuhpflege.

3.1.7 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen nach Entlassung aus der vollstationären Erstbehandlung die versicherte Person bei Behördengängen oder Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen erforderlich ist.

3.1.8 Fahrdienst zu Ärzten, zur Krankengymnastik, Therapie oder zu Behörden

Soweit erforderlich wird bis zu zweimal wöchentlich für bis zu 6 Monate die versicherte Person zu Ärzten, Fachärzten, in Krankenhäuser, zur Krankengymnastik und Therapie oder auch zu Behörden gebracht und wieder abgeholt.

3.1.9 Tag- und Nachtwache

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

3.1.10 Arzneimittelversand

Im Notfall wird der versicherten Person nach einem Unfall ein notwendiges Arzneimittel, welches im Ausland vor Ort nicht beschafft werden kann, unverzüglich besorgt und per Eiltransport versendet.

3.1.11 Arztsuche

Bei Bedarf wird der versicherten Person ein wohnortnäherer Arzt/Facharzt oder im Ausland ein deutsch- oder englischsprachiger Arzt/Facharzt vor Ort/im nächstgelegenen Ort benannt.

3.2 Organisatorische Leistungen

3.2.1 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.2 Vermittlung einer Tierbetreuung

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

3.2.3 Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau des Kraftfahrzeugs werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.4 Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung werden im Rahmen des Hilfe-Paketes nicht übernommen.

3.2.5 Hausmeisterdienst

Der versicherten Person wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung (zum Beispiel für Gartenpflege oder Schneeräumen der Gehwege) vermittelt.

3.2.6 Medizinische Abklärung

Organisation von Arzt-zu-Arzt-Gesprächen des medizinischen Dienstes mit den Behandlern im Ausland zur Abklärung der medizinischen Versorgungslage vor Ort.

3.2.7 Krankenrücktransport

3.2.7.1 Art der Leistung

Organisation ärztlich angeordneter Krankenrücktransporte für die versicherte Person aus dem Ausland nach Deutschland mit geeigneten Transportmitteln (Beispiele: KTW, RTW, Linienflug oder Ambulanzflug) einschl. notwendiger An-/Abtransporte zum Flughafen, (Ziel-)Krankenhaus oder zum ständigen Wohnsitz der verletzten Person. Die Kosten für den Krankenrücktransport werden im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten übernommen.

3.2.7.2 Abrechnung der Transportkosten

Die Transportkosten sind im Rahmen der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bergungs- und Transportkosten versichert. Die Kosten sind zunächst anderen Ersatzpflichtigen zur Leistung vorzulegen. Nachfolgendes ist im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten zur Höhe der Leistung bestimmt:

- Die Bergungs- und Transportkosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrags gezahlt.
- Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Besteitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.2.8 Überführungen

Organisation von Überführungen der Verstorbenen aus dem Ausland an den Bestattungsort in Deutschland oder an den letzten ständigen Wohnsitz einschließlich aller notwendigen Dokumente.

3.2.9 Pflegeplatzgarantie

In Notfällen wird die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährzte Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung garantiert. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Kosten für die Unterbringung selbst werden nicht erstattet.

3.3 Unfallpflegeleistungen

Soweit durch den Dienstleister ein Pflegebedarf festgestellt wird und noch keine Einstufung in eine Pflegestufe nach Sozialgesetzbuch vorgenommen wurde, erhält die versicherte Person nach der stationären Behandlung die nachstehenden Pflegeleistungen.

Soweit bereits vor dem Unfall eine Einstufung in eine Pflegestufe nach Sozialgesetzbuch vorgenommen worden und werden hierfür Sachleistungen erbracht, wird lediglich für den durch den Unfall eingetretenen Mehraufwand geleistet. Werden Geldleistungen erbracht, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. In diesem Fall kann keine Leistung aus der Unfallpflegeleistung erbracht werden.

3.3.1 Pflegeberatung

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

3.3.2 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.3.3 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen und An- und Auskleiden sowie Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

3.3.4 24-Stunden-Pflegenotruf/Notfallservice

Gleichzeitig mit der Leistungserbringung „Grundpflege“ nach 3.3.3 kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, welche im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur Hilfeleistung alarmiert.

4. Familien-Hilfe

4.1 Leistungen für Familienangehörige der versicherten Person

Nachfolgende Leistungen, die unter 3.1 beschrieben sind, werden auch für Ehe-/Lebenspartner und Verwandte 1. Grades (Eltern und Kinder) der versicherten Personen für bis zu 4 Wochen erbracht, sofern diese Personen mit der versicherten Person in häuslicher Wohngemeinschaft zusammenleben und bis zum Unfall von dieser wegen Minderjährigkeit oder nachgewiesener Pflegebedürftigkeit versorgt wurden:

- Menüservice
- Wohnungseinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

4.2 Kinder-Assistance

Bei Bedarf erhält die versicherte Person resp. deren minderjährige Kinder für bis zu 4 Wochen eine Betreuung. Diese umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur in Grundschule), Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Diese Leistungen werden bis zu 8 Stunden täglich, bis zu 4 Wochen, erbracht. In Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der minderjährigen Kinder (auch Pflegekinder) niemand zur Verfügung steht.

5. Datenübermittlung an Dienstleister

Die Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistungen tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und die Leistungen geltend machenden versicherten Personen an den Dienstleister zu übermitteln.

**Schriftform für Anzeigen und
Erklärungen**

Alle für die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und an die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT zu richten (Ziffer 15.1 AUB 2010).

Eintrittsalter

Kinder und Jugendliche: 0 bis 17 Jahre

Erwachsene: Vollendung des 18. Lebensjahres bis einschließlich 67. Lebensjahr

Seniorentarif: Vollendung des 67. Lebensjahres bis einschließlich 82. Lebensjahr

Altersbedingte Änderungen

Der Beitragssatz der zu versichernden Person ist abhängig von dem jeweiligen Alter bei Vertragsbeginn. Änderungen während der Vertragslaufzeit kommen in folgenden Fällen vor:

Kinder und Jugendliche können nach vollendeter Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach dem Tarif für die Kinder-Unfallversicherung versichert werden. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es besteht nach dem dann gültigen Tarif ein Wahlrecht gemäß Ziffer 5.1. AUB 2010.

Erwachsene können nach Vollendung des 18. Lebensjahres bis einschließlich des 67. Lebensjahres zu den Tarifssätzen dieser Altersgruppe versichert werden. Ab Vollendung des 67. Lebensjahres wird bei bestehenden Verträgen ein Änderungsangebot unterbreitet. Es besteht das Wahlrecht, den Vertrag bei unveränderten Beiträgen für die Invaliditätsleistung mit einer Integralfranchise von 25 % fortzuführen oder bei gleichbleibender Leistung den Vertrag mit den Beitragssätzen für Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres fortzuführen.

Die Beitragssätze für den Seniorentarif sind in drei Altersgruppen aufgeteilt:

Vollendung des 67. Lebensjahres bis einschließlich 72. Lebensjahr

Vollendung des 72. Lebensjahres bis einschließlich 77. Lebensjahr

Vollendung des 77. Lebensjahres bis einschließlich 82. Lebensjahr

Maßgebend ist das Eintrittsalter bei Vertragsbeginn. Altersbedingte Änderungen des Beitrages während der Vertragslaufzeit im Seniorentarif werden nicht vorgenommen.

Mindestjahresbeitrag

50,00 EUR brutto

Mindestrate

30,00 EUR brutto (in Verbindung mit einem **Beitragseinzug 10,00 EUR brutto**)

Beitragsnachlässe

Bei mehr als einer versicherten Person wird ein Personennachlass von 10 % gewährt. Die für die zweite (und weitere) zu versichernde Person(en) geltenden Versicherungssummen müssen dem Gedanken der Unfallversicherung Rechnung tragen und dürfen nicht allein zum Zweck der Gewährung des Personennachlasses beantragt werden. Vor Abzug des Personennabatts darf der niedrigste Beitrag pro Person nicht 15 % des höchsten Beitrags pro Person unterschreiten. Beispiel: Der höchste Beitrag pro Person beträgt 100,00 EUR. Der niedrigste Beitrag pro Person darf 15,00 EUR nicht unterschreiten. Der Personennachlass wird nur gewährt, wenn die zu versichernde(n) Person(en) in einer nachvollziehbaren verwandtschaftlichen Beziehung (bzw. in einer dieser vergleichbaren Beziehung) zum Versicherungsnehmer steht (steht). Ein(e) Lebenspartner(in) in häuslicher Gemeinschaft (polizeiliche Meldung!) wird dem Ehegatten gleichgestellt.

Beitragszuschläge/-nachlässe

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Komfortschutz Plus ist ein Beitragsnachlass von 10 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Komfortschutz ist ein Beitragsnachlass von 20 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung der Leistungsstufe Basisschutz ist ein Beitragsnachlass von 30 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Die Leistungen des Hilfe-Paketes sind nicht abhängig von der gewählten Leistungsstufe und unterliegen daher nicht den Leistungsstufennachlass.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung oder einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 5 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Bei Bestehen einer weiteren Privat-Haftpflichtversicherung und einer Hausratversicherung ist ein Beitragsnachlass von 10 % auf die Tarif-Beitragssätze zu berücksichtigen.

Bei Vereinbarung einer halbjährlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 3 % auf die Rate berechnet.

Bei Vereinbarung einer vierteljährlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 5 % auf die Rate berechnet.

Bei Vereinbarung einer monatlichen Zahlungsweise wird ein Ratenzuschlag von 7 % auf die Rate berechnet.

Dynamik

Bei Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für Bergungskosten, kosmetische Operation, Kurbeihilfe und Hilfe-Paket sowie die anderen in den Besonderen Bedingungen genannten zusätzlichen kostenfreien Leistungen – und die Beiträge jährlich um 5 % erhöht.

Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn
a) die zu versichernde Person bei Antragstellung das 67. Lebensjahr vollendet hat.
b) die Höchstleistung bei Vollinvalidität 950.000 EUR übersteigt.

Eine vereinbarte Dynamik entfällt

- mit dem vollendeten 67. Lebensjahr des/der Versicherten.
- wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität (ohne Progression) 1.000.000 EUR übersteigt.

Maximale Grundsummen

Erwachsene

- | | |
|----------------------------------|--|
| - Invalidität ohne Progression: | 1.000.000 EUR |
| - Invalidität 225 % Progression: | 440.000 EUR |
| - Invalidität 350 % Progression: | 280.000 EUR |
| - Invalidität 500 % Progression: | 200.000 EUR |
| - Unfall-Rente (monatlich): | mind. 100 EUR
max. 1.500 EUR |
| - Todesfall | 600.000 EUR
100.000 EUR (ab Vollendung des
67. Lebensjahres) |

Die Todesfallsumme darf jedoch nicht höher sein als die beantragte Invaliditäts-Grundsumme.

Krankenhaustage-, Genesungsgeld:
1 % aus der Invaliditäts-Grundsumme, max. 75 EUR

Übergangsleistung:
10 % der Invaliditäts-Grundsumme, max. 20.000 EUR

Maximale Grundsummen

Kinder

- Invalidität ohne Progression: 1.000.000 EUR
- Invalidität 225 % Progression: 440.000 EUR
- Invalidität 350 % Progression: 280.000 EUR
- Invalidität 500 % Progression: 200.000 EUR
- Unfall-Rente (monatlich): mind. 100 EUR
max. 1.500 EUR
- Todesfall: 10.000 EUR

Die Todesfallsumme darf jedoch nicht höher sein als die beantragte Invaliditäts-Grundsumme.

Krankenhaustage-, Genesungsgeld:

1 % aus der Invaliditäts-Grundsumme, max. 30 EUR

Übergangsleistung:

10 % der Invaliditäts-Grundsumme, max. 10.000 EUR

Beitragsfreie Leistungen

Vollschutz

- | | |
|-------------------------------|------------|
| Bergungs- und Transportkosten | 50.000 EUR |
| Kosmetische Operationen | 50.000 EUR |
| Kurkostenbeihilfe | 30.000 EUR |

Komfortschutz Plus

- | | |
|-------------------------------|------------|
| Bergungs- und Transportkosten | 20.000 EUR |
| Kosmetische Operationen | 20.000 EUR |
| Kurkostenbeihilfe | 20.000 EUR |

Komfortschutz

- | | |
|-------------------------------|------------|
| Bergungs- und Transportkosten | 10.000 EUR |
| Kosmetische Operationen | 10.000 EUR |
| Kurkostenbeihilfe | 10.000 EUR |

Basisschutz

- | | |
|-------------------------------|------------|
| Bergungs- und Transportkosten | 10.000 EUR |
| Kosmetische Operationen | 10.000 EUR |
| Kurkostenbeihilfe | 10.000 EUR |

Gefahrengruppeneinteilung

Maßgeblich für die Einstufung ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit bzw. Beschäftigung, nicht der erlernte Beruf.

Gefahrengruppe A

Frauen sowie Männer ohne körperliche Berufstätigkeit

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die

- sich in einer Berufsausbildung befinden.
- kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. der Verwaltung (einschließlich Verwaltung in der Polizei, der Finanz- und Zollbehörden, der Justiz, der Feuerwehr)
- leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschließlich aufsichtsführender Meister)
- im Verkauf, im Labor, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen (außer Rettungssanitäter) tätig sind;
- Anlagen/Maschinen elektronisch steuern,
- keine berufliche Tätigkeit ausüben, wie z. B. Rentner, Pensionäre, Studenten (außer Sportstudenten).
- Inhaber und Beschäftigte von Betrieben des Hotel- und Gaststättengewerbes

Gefahrengruppe B

Frauen sowie Männer mit körperlicher Berufstätigkeit

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen sowie Männer, die

- körperliche oder handwerkliche Berufsarbeit - auch gelegentlich - (einschließlich mitarbeitende Meister) verrichten,
- Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten,
- mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen umgehen,
- Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren,

- Berufskraftfahrer, Turn- und Tanzlehrer, in der Landwirtschaft tätige Männer,
- im Vollzugsdienst der Justiz, der Polizei, der Steuer-/Zollfahndung, der Feuerwehr tätig sind,
- Sportstudenten

Nicht versicherbare Berufe

Alle Personen, die eine im Berufsgruppenverzeichnis unter „Nicht versicherbare Berufe“ (Seite 47) genannte Tätigkeit ausüben.

Gefahrengruppe K

Alle Kinder und Jugendliche

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Zuordnung gilt bis zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Danach erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A oder B.

Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind möglichst namentlich mit Geburtsdatum zu benennen. Unterbleibt die Benennung, gilt bei Unfalltod einer versicherten Person die gesetzliche Erbfolge.

Gesundheitsfragen

Bestehen

- Beeinträchtigungen, die in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben,
- Beeinträchtigungen, die regelmäßig (täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten) in den letzten 12 Monaten mit Medikamenten behandelt wurden,
- Beeinträchtigungen, die zu einer Schwerbehinderung geführt haben oder
- Sehbehinderungen von -8 oder mehr Dioptrien?

Besondere Risikoprüfung für den Verzicht einer Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallbedingten Krankheiten oder Gebrechen

In der Leistungsstufe Vollschutz ist es unter bestimmten Voraussetzung möglich, dass auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen verzichtet wird (Ziffer 3 AUB 2010).

Die Voraussetzungen liegen vor, wenn:

1. Die Gesundheitsfrage im Antrag für die betreffende Person mit „nein“ beantwortet werden kann.
2. Die Gesundheitsfrage mit „ja“ beantwortet werden musste und eine eingehende Risikoprüfung ergeben hat, dass eine Mitversicherung des Verzichtes einer Leistungskürzung möglich ist.

Die Prüfung gemäß Ziffer 2 hat keinen Einfluss auf die normale Annahmeprüfung bei Bestehen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

VIII Berufsgruppenverzeichnis der nicht versicherbaren Berufe

HAFTPFLICKASSE
DARMSTADT



Nicht versicherbare Berufe

Abrissarbeiter/-helfer	Berufs-/Vertrags- und Lizenzsportler	Kriegsteilnehmer
Angestellte der Bundeswehr	Besatzungen von Ölplattformen	Kopfschlächter
Artisten/Akrobaten	Bewachungspersonal im Personenschutz	Schiffsbesatzungen
Beschäftigte im Zusammenhang mit Atomrisiken	Brückenbauer	Schornsteinfeger
Bergführer	Feuerwerker/Pyrotechniker	Sprengpersonal
Bergleute	Flugzeugbesatzungen/Drachenflieger	Stuntmen
Berufssoldaten	Gerüstbauer	Such- und Räumungspersonal
Berufstaucher	Kaminbauer	für Munition/explosive Stoffe

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung

Einwilligungserklärung

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer
2. Datenübermittlung an Rückversicherer
3. Datenübermittlung an andere Versicherer
4. Zentrale Hinweissysteme
5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe
6. Betreuung durch Versicherungsvermittler
7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versi-

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

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es beim Verband der Lebensversicherungsunternehmen, beim Verband der Schadenversicherer (Zusammenschluss der bisherigen Verbände: Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Autoversicherer und Rechtsschutzversicherer – HUK Verband, Verband der Sachversicherer, Deutscher Transportversicherungs-Verband) sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.
- Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag,
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
 - wegen verweigter Nachuntersuchung.
- Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.
- Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
 - Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
 - Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.
- Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadensummen erreicht sind.
- Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.
- Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,

- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.
Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostensparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, IBAN und BIC, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, IBAN, BIC, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

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

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

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

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

Firma, Sitz, Geschäftsbereich

§ 1

- Der im Jahr 1898 gegründete Verein ist ein großer Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Gesetzes über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmen (VAG).
- Der Name lautet „Haftpflichtkasse Darmstadt – Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes – VVaG“.
- Der Sitz des Vereins ist Roßdorf bei Darmstadt.
- Geschäftsbereich des Vereins ist das In- und Ausland.

§ 2

Der Zweck des Vereins ist, Mitglieder und Nichtmitglieder nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen zu versichern. Er betreibt das Versicherungsgeschäft nur als Erstversicherer.

Mitgliedschaft

§ 3

Die Mitgliedschaft wird durch Abschluss eines Versicherungsvertrages oder durch Eintritt in einen bestehenden Versicherungsvertrag erworben.

Die Mitgliedschaft endet, wenn kein Versicherungsverhältnis mehr mit dem Mitglied besteht. Die Mitgliedschaft ist übertragbar und vererblich.

Der Verein kann auch Nichtmitglieder gegen feste Entgelte versichern.

Leistungen der Mitglieder

§ 4

Die Mitglieder haben jährliche Beiträge nach den Tarifen, die der Vorstand des Vereins festsetzt, zu entrichten.

Die Beiträge werden von den Mitgliedern im Voraus erhoben. Nachschüsse werden nicht erhoben. Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

Verlustrücklage, Verwendung des Überschusses

§ 5

- Zur Deckung eines außergewöhnlichen Verlustes aus dem Geschäftsbetrieb ist eine Verlustrücklage zu bilden. Die Verlustrücklage muss mindestens 35 % der Beitragseinnahmen für eigene Rechnung betragen. Solange die Verlustrücklage diesen Mindestbetrag nicht erreicht hat, ist ihr der gesamte Jahresüberschuss zuzuführen.
- Ist der Mindestbetrag erreicht, sind der Verlustrücklage mindestens 10 % des Jahresüberschusses zuzuführen. Darüber hinaus ist der Teil des Jahresüberschusses der Verlustrücklage zuzuführen, der unter Beachtung kaufmännischer Grundsätze zur Aufrechterhaltung und Entwicklung des Geschäftsbetriebes des Vereins notwendig ist.
- Von der Zuführung zur Verlustrücklage kann mit Genehmigung der Mitgliedervertreterversammlung abgesehen werden.

§ 6

- Der sich aus der Gewinn- und Verlustrechnung ergebende Überschuss, soweit er nicht gemäß § 5 der Verlustrücklage zugeführt wird, ist der Rückstellung für Beitragsrückgewähr zuzuweisen. Die Rückstellung für Beitragsrückgewähr ist ausschließlich zur Gewährung von Beitragsrückerstattungen bestimmt. Der Verein ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückgewähr, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes des Vereins heranzuziehen.
- Über den Zeitpunkt der Beitragsrückerstattung und über die Höhe des gesamten zur Beitragsrückerstattung vorgesehenen Betrags entscheidet die Mitgliedervertreterversammlung auf gemeinsamen Vorschlag von Aufsichtsrat und Vorstand. Der anteilige Betrag der Beitragsrückerstattung für das einzelne Mitglied richtet sich nach der vom Mitglied geleisteten Jahresprämie. Die Beitragsrückerstattung wird nicht ausgeschüttet, wenn sie weniger als 10 % der Jahresprämie betragen würde. Mitglieder, deren Vertragsverhältnis im letzten Geschäftsjahr nicht schadenfrei verlaufen ist, können von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen werden. Von der Beitragsrückerstattung sind ausgeschlossen Mitglieder, die im Laufe des Geschäftsjahres beigetreten oder ausgeschieden sind. Die Beitragsrückerstattung kann in der Form erfolgen, dass eine Verrechnung mit dem nächstfälligen Jahresbeitrag stattfindet.

Vermögensanlage

§ 7

Für die Anlegung des Vermögens gelten die gesetzlichen Vorschriften und Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde.

Geschäftsjahr

§ 8

Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

Bekanntmachungen

§ 9

Die Bekanntmachungen des Vereins erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger (§ 28 Abs. 2 VAG).

Verfassung und Geschäftsführung

§ 10

Die Organe des Vereins sind:

- der Vorstand,
- der Aufsichtsrat und
- die Mitgliedervertreterversammlung.

Die Mitglieder der Organe des Vereins müssen Mitglieder des Vereins sein. Sie dürfen nicht den Organen anderer Versicherungsunternehmen angehören. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung des für die Bestellung zuständigen Organs des Vereins.

Vorstand

§ 11

Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen, die vom Aufsichtsrat bestellt werden. Der Verein wird gesetzlich durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokurranten vertreten. Der Vorstand führt die Geschäfte des Vereins nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der vom Aufsichtsrat aufgestellten Geschäftsvorschrift. Der Vorstand hat in den ersten drei Monaten des Geschäftsjahrs für das vergangene Geschäftsjahr die Jahresbilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung (Jahresabschluss) sowie den Geschäftsbericht aufzustellen und den Abschlussprüfern vorzulegen.

Aufsichtsrat

§ 12

Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen. Die Aufsichtsratsmitglieder werden für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung bestellt, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet. Jedes Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt unter Einhaltung einer vierwöchigen Kündigungsfrist auch ohne wichtigen Grund niederlegen. Die Kündigung ist dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates oder seinem Stellvertreter sowie dem Vorstand mitzuteilen. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied während seiner Amtszeit aus, so wählt die auf diesen Zeitpunkt folgende nächste Mitgliedervertreterversammlung den Nachfolger für die volle Amtszeit.

§ 13

- Der Aufsichtsrat wählt alljährlich nach der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter. Scheiden im Laufe einer Wahlperiode der Vorsitzende oder der Stellvertreter aus ihrem Amt aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen vorzunehmen.
- Aufsichtsräte scheiden mit dem 72. Geburtstag folgenden Mitgliedervertreterversammlung aus ihrem Amt.
- Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrates erfolgt durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter schriftlich, telefonisch oder durch elektronische Medien.
- Die Beschlüsse des Aufsichtsrates werden in den Sitzungen gefasst, Beschlussfassung in schriftlicher Form oder durch elektronische Medien ist zulässig, wenn der Vorsitzende des Aufsichtsrates aus besonderen Gründen eine solche Beschlussfassung anordnet und kein Mitglied des Aufsichtsrates diesem Verfahren widerspricht.
- Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder anwesend sind. Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden, bei Wahlen das Los den Ausschlag. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende. Bei schriftlicher Stimmabgabe oder durch elektronische Medien gelten die Bestimmungen entsprechend.
- Willenserklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter abgegeben. Über die Verhandlungen und Beschlüsse des Aufsichtsrates ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden des Aufsichtsrates oder seinem Stellvertreter zu unterzeichnen ist.

§ 14

Dem Aufsichtsrat obliegt die gesetzlich vorgesehene Überwachung der Geschäftsführung des Vorstandes. Er kann eine Geschäftsordnung für den Vorstand festlegen und in dieser Geschäftsordnung bestimmen, für welche Fälle er sich das Recht der Zustimmung vorbehält. Grundsätzlich bedarf der Vorstand der Zustimmung des Aufsichtsrates:

- a) zur Erteilung von Prokuren,
- b) zur Aufnahme langfristiger Verbindlichkeiten,
- c) zum Erwerb und der Veräußerung von Grundeigentum.

§ 15

Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten eine jährliche Vergütung, über deren Höhe die Mitgliedervertreterversammlung beschließt.

Mitgliedervertretung

§ 16

1. Oberste Vertretung des Vereins ist die Mitgliedervertretung. Sie vertritt die Gesamtheit der Mitglieder.
2. Die Mitgliedervertretung besteht aus höchstens 24, mindestens 16 Mitgliedern, die von ihr selbst auf 6 Jahre gewählt werden. Alle 2 Jahre sollen 1/3 der Mitgliedervertreter gewählt werden. Die Wiederwahl ist zulässig. Wählbar sind alle volljährigen Mitglieder des Vereins, die das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Nicht wählbar sind Mitglieder des Aufsichtsrates sowie Personen, die in einem Arbeitsverhältnis mit dem Verein oder in den Diensten eines anderen Versicherers stehen. Ausnahmen können zugelassen werden. Die Mitgliedervertreterversammlung soll den repräsentativen Querschnitt der Vereinsmitglieder bilden, insbesondere der Bereiche Geschäfts- und Privatkunden.
3. Die Mitglieder der ersten Mitgliedervertretung werden von der Hauptversammlung gewählt, die über die Satzungsänderung zur Einführung einer Mitgliedervertretung beschließt, und zwar unmittelbar nachdem diese Satzungsänderung beschlossen worden ist. Vorschlagsberechtigt für die Wahl sind der Aufsichtsrat, der Vorstand sowie die anwesenden Mitglieder. Im Hinblick auf die Bestimmung in Absatz 2 dieses Paragrafen, wonach 1/3 der Mitgliedervertreter alle 2 Jahre gewählt werden, werden bei der Wahl der ersten Mitgliedervertretung 1/3 der Mitgliedervertreter für 2 Jahre, 1/3 der Mitgliedervertreter für 4 Jahre, 1/3 der Mitgliedervertreter für 6 Jahre gewählt.

Wahlverfahren

§ 17

1. Die Wahlen zur Mitgliedervertretung sind geheim. Gewählt wird mit Stimmzetteln.
2. Der Vorstand stellt für jede Wahl mindestens einen Wahlkandidaten auf. Aufsichtsrat und Mitgliedervertretung können eigene Vorschläge aufstellen. Die Vorschläge müssen einen Monat vor der Mitgliedervertreterversammlung beim Vorstand eingegangen sein.
3. Gewählt werden kann nur ein Kandidat, für den ein form- und fristgerechter Wahlvorschlag vorliegt.
4. Jeder Wahlberechtigte hat so viel Stimmen wie Personen zu wählen sind. Er darf keinem Kandidaten mehr als eine Stimme geben.
5. Gewählt ist, wer die Stimmen von mehr als der Hälfte der Wahlberechtigten auf sich vereinigt. Trifft das für mehrere Kandidaten zu, entscheidet die höhere Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit das Los.
6. Wird ein zweiter Wahlgang erforderlich, ist gewählt, wer die Stimmen von mindestens 6 an der Wahl teilnehmenden Wahlberechtigten auf sich vereinigt. Trifft das für mehrere Kandidaten zu, entscheidet die höhere Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit das Los.
7. Ein weiterer Wahlgang findet in derselben Mitgliedervertreterversammlung nicht statt.

Mitgliedervertreterversammlung

§ 18

1. Die Mitgliedervertreterversammlung wird durch den Vorstand einberufen. Sie soll am Sitz des Vereins oder an einem anderen Ort der Bundesrepublik Deutschland in den ersten 8 Monaten eines jeden Jahres stattfinden. Die Einberufung muss unter Angabe der Firma, des Sitzes der Gesellschaft, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung der Versammlung mindestens 1 Monat vor dem Tag der Versammlung nach den gesetzlichen Vorschriften bekannt gemacht werden. Anträge zu Gegenständen der Tagesordnung, über welche die Mitgliedervertreterversammlung beschließen soll, müssen mindestens 2 Wochen vor der Mitgliedervertreterversammlung durch eingeschriebenen Brief dem Vorstand eingereicht werden.
2. Den Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter oder ein vom Vorsitzenden zu bestimmendes Aufsichtsratsmitglied.
3. Das Stimmrecht kann nur persönlich ausgeübt werden.
4. Der Versammlungsleiter kann eine von der Ankündigung der Tagesordnung abweichende Reihenfolge der Verhandlungsgegenstände bestimmen.
5. Die Versammlung ist bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Mitgliedervertreter beschlussfähig. Ist die erforderliche Anzahl nicht

erschienen, so darf die folgende Versammlung über die Gegenstände der gleichen Tagesordnung beschließen, wenn in der Einladung darauf hingewiesen wird, dass diese Versammlung ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Mitgliedervertreter beschlussfähig ist. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz und Satzung nicht anderes bestimmen, mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende. Auf Antrag eines Mitgliedervertreters wird geheim abgestimmt.

6. Soweit die gesetzlichen Vorschriften einer Minderheit Rechte gewähren, stehen diese einer Minderheit von 5 Mitgliedervertretern zu.
7. Scheiden Mitgliedervertreter vorzeitig – beispielsweise durch freiwilligen Austritt – aus, so können die Mitgliedervertreter in der nächsten Mitgliedervertreterversammlung Ersatzmitglieder wählen. Die Amtszeit der Ersatzmitglieder währt so lange, wie das Amt der Ausgeschiedenen gewährt hätte, an deren Stelle sie getreten sind.
8. Mitgliedervertreter können wegen grober Verletzung ihrer Pflichten oder aus einem anderen wichtigen Grund – beispielsweise bei Insolvenz des Mitgliedervertreters oder Beteiligung an einem anderen Versicherungsunternehmen oder Vertretung eines anderen Versicherungsunternehmens – von der Mitgliedervertretung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen ausgeschlossen werden.
9. Die Mitgliedervertretung gibt sich eine Geschäftsordnung, die Regelungen zur inneren Ordnung und Vergütung enthält.

Vergütung

§ 19

Die Mitgliedervertreter erhalten eine Vergütung für Reiseaufwand und Zeitzäumnis. Die Höhe der Vergütung wird auf Vorschlag des Vorstandes durch Beschluss des Aufsichtsrates festgesetzt.

Vorschlagsrecht der Mitglieder

§ 20

Die Vereinsmitglieder können Vorschläge für die Wahl zur Mitgliedervertretung und Anträge zur Beschlussfassung durch die Versammlung der Mitgliedervertreter beim Vorstand bis 2 Monate vor der Mitgliedervertreterversammlung einbringen und ein Vereinsmitglied zur mündlichen Begründung in die Versammlung entsenden, wenn die Vorschläge oder Anträge von mindestens 100 Vereinsmitgliedern unterzeichnet sind.

Satzung und Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 21

Änderungen der Satzung werden von der Mitgliedervertreterversammlung mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen beschlossen. Zu Änderungen, die nur die Fassung betreffen oder von der Aufsichtsbehörde gefordert werden, ist der Aufsichtsrat ermächtigt, der diese Änderungen mit einfacher Stimmenmehrheit beschließt.

Der Vorstand wird ermächtigt, allgemeine Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.

Auflösung des Vereins

§ 22

Die Auflösung des Vereins oder die Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen kann beantragt werden:

1. vom Vorstand
2. vom Aufsichtsrat

Die Auflösung des Vereins kann nur in einer ausdrücklich zu diesem Zwecke berufenen Mitgliedervertreterversammlung in namentlicher Abstimmung mit drei Vierteln der abgegebenen Stimmen beschlossen werden. Ist in der Mitgliedervertreterversammlung weniger als die Hälfte sämtlicher Mitgliedervertreter anwesend, so ist binnen vier Wochen eine zweite Mitgliedervertreterversammlung mit derselben Tagesordnung zu berufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der dann erschienenen Mitgliedervertreter die Auflösung mit Dreiviertel-Stimmenmehrheit beschließen kann. Bei der Berufung ist auf diese Rechtsfolge hinzuweisen. Bei Auflösung des Vereins erlöschen die Versicherungsverhältnisse mit dem Ablauf von vier Wochen nach Genehmigung des Auflösungsbeschlusses durch die Aufsichtsbehörde. Die Abwicklung erfolgt durch den Vorstand; doch kann die Mitgliedervertreterversammlung auch andere Personen zu Abwicklern wählen. Nach Beendigung der Abwicklung ist eine Schlussrechnung aufzustellen und der Mitgliedervertreterversammlung zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen, die auch über die Verwendung des nach Berichtigung der Schulden etwa noch verbleibenden Vereinsvermögens beschließt. Im Übrigen finden die gesetzlichen Bestimmungen Anwendung.

HAFTPFLICKASSE DARMSTADT

– Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes
– VVaG, Arheimer Weg 5, 64380 Roßdorf

„Letzte Änderungsgenehmigung durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungsaufsicht vom 20.12.2007 (GZ: VA 34 – VU 5374 – 2006/15).“