

Versicherungsbedingungen im Überblick

Allgemeine Versicherungsbedingungen Unfallversicherung (AUB)	Seite 3
Annahmeveraussetzungen Unfallversicherung	Seite 35
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Unfallversicherung	Seite 39
Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Reha-Management	Seite 41
Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Assistance-Leistung	Seite 45

Wer ist wer?	Seite 3
Umfang des Versicherungsschutzes	Seite 3
1. Was ist versichert?	Seite 3
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	Seite 8
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	Seite 22
4. Was ist nicht versichert?	Seite 22
5. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	Seite 25
Der Leistungsfall	Seite 26
6. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	Seite 26
7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	Seite 27
8. Wann sind die Leistungen fällig?	Seite 27
Die Versicherungsdauer	Seite 28
9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	Seite 28
Der Versicherungsbeitrag	Seite 29
10. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	Seite 29
Weitere Bestimmungen	Seite 31
11. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	Seite 31
12. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	Seite 31
13. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	Seite 33
14. Welches Gericht ist zuständig?	Seite 33
15. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	Seite 33
16. Welches Recht findet Anwendung?	Seite 33

Allgemeine Versicherungsbedingungen Unfallversicherung (AUB)



Gültig ab 1. Januar 2019

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 26. November 2018

Liebe Kundin, lieber Kunde,

Unfälle passieren. Egal, wo und wann sie sich ereignen, Ihre Unfallversicherung hilft. Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente. Bitte lesen Sie die AUB vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus, die nicht immer leicht verständlich sind. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre

GHV VERSICHERUNG

Wer ist wer?

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner. Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz ist abhängig von der mit uns vereinbarten Versicherungssumme und Produktlinie. Welche der drei Produktlinien Basis, Komfort oder Premium Sie mit uns vereinbart haben, können Sie, ebenso wie die Versicherungssumme, dem Versicherungsschein entnehmen.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags weltweit und rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

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.

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

1.4.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden

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

1.4.2.1 Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressionskammer

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorgangs eine tauchtypische Schädigung der Gesundheit erlitten, so übernehmen wir die Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressionskammer bis zu einer Höhe von 15.000 EUR.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) eintritt, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Diese Leistung nimmt nicht an einem gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungen, so zahlen wir diese Kosten nur aus einer der Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.3 Ertrinkungs-, Erstickungs- und Erfrierungstod

Versicherungsschutz besteht für den unfallbedingten Tod der versicherten Person durch Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.4 Infektionen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut oder der Schleimhaut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper der versicherten Person gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Die äußere Hautschicht wird z.B. durch einen Zeckenstich durchtrennt. Die durch Zeckenstich verursachten Infektionen wie Lyme-Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis) fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.

Es fallen auch folgende Infektionskrankheiten unter den Versicherungsschutz, bei denen die Krankheitserreger ebenfalls durch eine Durchtrennung mindestens der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:

- Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird,
- Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird,
- Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird,
- Schlafkrankheit, wird durch den Stich der Tsetsefliege übertragen,
- Tetanus (Wundstarrkrampf), der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht,
- Tollwut, die durch den Biss eines Tieres übertragen wird,

- Tularämie (Hasenpest), wird durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Hunden und Katzen übertragen.

Die vorgenannte Aufzählung von Infektionskrankheiten, die dadurch entstehen, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind, ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Mitversichert sind auch durch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten hervorgerufene Infektionen (Impfschäden). Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit. Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheitserreger und der Voraussetzung für eine Leistung ist von Ihnen durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen. Abweichend von Ziff. 6.1 reicht es aus, wenn Sie den Versicherer unverzüglich unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von Ziff. 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht worden ist.

Abweichend von Ziff. 8.4 sind Sie und wir berechtigt, längstens bis zu 4 Jahre nach der ärztlichen Feststellung der erstmaligen Infektion, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es auch hierbei bei einer Frist von fünf Jahren.

1.4.5 Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)

Versichert sind auch folgende Infektionskrankheiten, ohne dass hier die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen: Brucellose (Maltafieber), Cholera, Diphtherie, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pest, Röteln.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.6 Allergische Reaktionen

Mitversichert sind auch die nicht infektionsbedingten Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion durch Insektenstiche stattfinden, gelten als krankenhaustagegeldauslösender Krankenhausaufenthalt. Die Ziff. 3.2 „Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen“, nach der die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, wird hier nicht angewendet.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.7 Strahlenschäden

Schädigungen der Gesundheit durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Schädigungen der Gesundheit durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungsschutz, soweit sich diese Schädigungen der Gesundheit als Unfälle gemäß Ziff. 1.3 darstellen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Schädigungen der Gesundheit, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind.

Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Schädigungen der Gesundheit durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen (Siehe Ziff. 4.1.7 und 4.2.6).

1.4.8 Lebensmittelvergiftung

Mitversichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Nicht hierzu zählen Vergiftungen durch vermeintliche Nahrungsmittel, wie z.B. giftige Beeren und giftige Pilze. Hat die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, sind auch Vergiftungen durch vermeintliche Lebensmittel mitversichert. Mitversichert sind ebenfalls Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Auf die Ziff. 4.2.5 weisen wir hin.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.9 Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Nahrungsmitteln

Führt die versehentliche Einnahme von Stoffen, die für einen Menschen schädlich sind, zu einer Vergiftung der versicherten Person, weil diese die Stoffe irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten hat, so fällt die Vergiftung unter den Versicherungsschutz.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.10 Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Unter den Versicherungsschutz fallen auch Vergiftungen der versicherten Person durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Das Alter der versicherten Person spielt hierbei keine Rolle.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben allerdings Vergiftungen durch Alkohol und durch illegale Drogen bei versicherten Personen, die das 14. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Als illegal gelten Drogen, die als nicht verkehrsfähig in der Anlage I oder als verkehrs- und verschreibungsfähig in der Anlage III des Betäubungsmittel-Gesetzes (BtMG) aufgeführt sind.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	versichert bei Personen unter 14 Jahren
GHV Unfall Komfort	versichert bei Personen unter 14 Jahren
GHV Unfall Premium	versichert ohne Altersbeschränkung

1.4.11 Erhöhte Kraftanstrengung

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

- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Meniskus- und Bandscheibenschäden sind deshalb von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.12 Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person

- Bauch- und Unterleibsbrüche verursacht werden oder
- aufgrund von Vorwölbungen von Bauchorganen (z. B. Darm oder Darmnetz) bisher unerkannte Bauch- und Unterleibsbrüche erstmalig manifest werden.

Eine ggf. vorher bestehende, angeborene oder erworbene Schwächung der Bauchwand oder Erweiterung des Leistenkanals wird nicht im Sinne der Ziff. 3.2 „Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen“, nach der die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, angerechnet.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.13 Eigenbewegungen

Für Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt:

- Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
- Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
- Knochenbrüche entstehen.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.14 Vergiftung durch Gase und Dämpfe

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).

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.15 Vorsorgeversicherung für Neugeborene

Für während der Wirksamkeit des Vertrags neugeborene leibliche Kinder der versicherten Person gewähren wir für zwölf Monate nach Vollendung der Geburt beitragsfrei Versicherungsschutz. Wird das Kind innerhalb der ersten sechs Lebensmonate bei uns versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

Für diesen Versicherungsschutz gelten die gleichen Versicherungssummen wie für das am höchsten versicherte Elternteil, jedoch nicht mehr als insgesamt 100.000 EUR Invaliditätssumme, 10.000 EUR Todesfallsumme und 20 EUR Krankenhaustagegeld.

Die progressive Invaliditätsstaffel sowie Mehrleistung ab 90 % Invalidität gilt für die Vorsorgeversicherung nicht.

Die Höchstgrenze gilt auch für den Fall, dass für das versicherte Elternteil bei uns mehrere Unfallversicherungen bestehen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

1.4.16 Zuwachs von Leistungen und Beitrag

Falls ein Zuwachs von Leistungen und Beitrag (Dynamik) mit uns vereinbart wurde, steigen die Versicherungssummen 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:

- Invalidität und Todesfall auf volle 500 EUR
- die Übergangsleistung auf volle 50 EUR
- das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld auf volle 1 EUR

aufgerundet.

Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungen bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

- (1) Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- (2) Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
- (3) Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer (2). Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- (4) Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.
- (5) Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrags mehr vorgenommen:

Leistungsart	in EUR
Invalidität	1.000.000
Invalidität mit Progression 225 %	440.000
Invalidität mit Progression 350 %	280.000
Invalidität mit Progression 500 %	200.000
Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld	75
Übergangsleistung	20.000
Todesfalleistung	600.000 100.000 (ab 67. Lebensjahr)

1.4.17 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen über die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz, über die Einschränkung zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen sowie über die nicht versicherbaren Personen.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall eingetreten (Eintrittsfrist) und
- innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt (Ärztliche Feststellung) worden.

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

Produktlinie	Eintrittsfrist	Ärztliche Feststellung
GHV Unfall Basis	15 Monate	21 Monate
GHV Unfall Komfort	18 Monate	24 Monate
GHV Unfall Premium	21 Monate	27 Monate

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	21 Monate
GHV Unfall Komfort	24 Monate
GHV Unfall Premium	27 Monate

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnungen der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziff. 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziff. 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziff. 8.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

GHV Unfall	Basis	Komfort	Premium
Arm	70 %	75 %	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogens	65 %	70 %	75 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogens	60 %	70 %	70 %
Hand einschließlich des Handgelenks	50 %	70 %	70 %
Daumen	20 %	25 %	28 %
Zeigefinger	10 %	16 %	18 %
anderer Finger	5 %	10 %	10 %
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	45 %	70 %	70 %
Bein oberhalb der Mitte des Oberschenkels	70 %	75 %	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	70 %	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %	60 %	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	55 %	55 %
Fuß einschließlich des Fußgelenks	40 %	50 %	50 %
großer Zeh	5 %	8 %	10 %
andere Zehe	2 %	3 %	5 %
Auge	50 %	60 %	60 %
sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	-	70 %	75 %
Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %	40 %
sofern das Gehör auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war	-	50 %	80 %
Geruchssinn	10 %	10 %	10 %
Geschmackssinn	5 %	10 %	10 %
vollständiger Stimmverlust	-	80 %	100 %
eines Lungenflügels	-	-	30 %
der Milz	-	-	20 %
einer Niere	-	-	30 %
sofern die andere Niere vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren oder vollständig funktionsunfähig war	-	-	60 %
beider Nieren durch ein und dasselbe Unfallereignis	-	-	100 %

Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziff. 4.2.1). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des genannten Grads der Invalidität.

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziff. 2.1.2.2.1 und Ziff. 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt, besteht eine Vorinvalidität. Wir mindern den Grad der Invalidität um diese Vorinvalidität. Sie bemisst sich wie die unfallbedingte Invalidität nach den Ziff. 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.2.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.2.5 Grad der Invalidität bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Grade der Invalidität zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.2.6 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.3 Erweiterung der Leistungen

Falls Sie eine Invaliditätsleistung mit Progression oder eine Mehrleistung vereinbart haben, finden Sie im Folgenden die jeweiligen Progressionsstufen.

2.1.3.1 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziff. 2.1 und Ziff. 3)

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

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

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

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

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziff. 2.1 und Ziff. 3)

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

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

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

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

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziff. 2.1 und Ziff. 3)

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

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

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

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

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

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.2.2 Erweiterte Übergangsleistung

50 % der vereinbarten Übergangsleistung wird bereits nach 3 Monaten gezahlt, wenn nach Ablauf von 3 Monaten ab dem Unfalltag eine 100 %ige Beeinträchtigung nach Ziff. 2.3.1 ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen ununterbrochen bestanden hat.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.2.3 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

2.2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

- (1) 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 II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;
 - Erbblindung auf beiden Augen.
- (2) Die Übergangsleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

2.2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.3 Krankenhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Eine vollstationäre Heilbehandlung liegt bei einem mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt vor. Kuren sowie Aufenthalte in privaten Einrichtungen (Pensionen und Hotels) und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Erfolgt die Heilbehandlung jedoch in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischtes Institut), so entfällt der Krankenhaustagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten ist.

Eine unmittelbar (innerhalb von 21 Tagen) an den ersten unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt anschließende vollstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW) ist als unfallbedingte vollstationäre Heilbehandlung mitversichert. Gleiches gilt für einen unfallbedingten vollstationären Aufenthalt der versicherten Person zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim. Wir erbringen daher auch für diese Behandlungen das Krankenhaustagegeld.

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation, wenn die versicherte Person deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt ist. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, einer Beschäftigung nachzugehen (z. B. Besuch des Kindergartens oder der Schule oder Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.).

2.3.1.1 Krankenhaustagegeld für Desensibilisierungsmaßnahmen

Gemäß Ziff. 1.4.6 zahlen wir für die Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion durch Insektenstiche stattfinden, das vereinbarte Krankenhaustagegeld. Ein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld entsteht hierdurch nicht.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.3.2 Verlängerte Zahlung Krankenhaustagegeld

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag angerechnet. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld gezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.3.3 Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

Ereignet sich ein Unfall im Ausland, so zahlen wir für die Dauer eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 21 Tage, den doppelten Satz des für die betroffene versicherte Person vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Ab dem 22. Tag zahlen wir die vertraglich vereinbarte Versicherungssumme des Krankenhaustagegeldes. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in welchem die betroffene versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält.

Hinweis: Ist auch ein Genesungsgeld im Sinne der Ziff. 2.4 vereinbart, so zahlen wir nur das einfache Genesungsgeld.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.3. und der gewählten Produktlinie.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 500 Tage.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.5 Todesfallleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziff. 6.5.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6 Kosten für kosmetische Operationen

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und

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

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist, seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistungen zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe der je Produktlinie vereinbarten Versicherungssumme.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	10.000 €
GHV Unfall Komfort	25.000 €
GHV Unfall Premium	50.000 €

2.7 Kosten für Zahnersatz nach einem Unfall

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen behandeln zu lassen. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stiftzähnen, Gebissen und Implantaten).

Die Zahnbehandlung erfolgt

- durch einen Zahnarzt
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Kosten der Zahnbehandlung
- Kosten für Zahnersatz

im Rahmen der je Produktlinie zu den Kosten für kosmetische Operationen vereinbarten Versicherungssumme:

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	10.000 €
GHV Unfall Komfort	25.000 €
GHV Unfall Premium	50.000 €

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden oder

- den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet oder
- den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall oder
- die Heimfahrt oder Unterbringung der mitreisenden minderjährigen Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, die nach einem Unfall im Ausland zusätzlich entstanden.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

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

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	10.000 €
GHV Unfall Komfort	25.000 €
GHV Unfall Premium	50.000 €

2.9 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner während der Dauer der Versicherung und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt.

2.10 Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen, Adoptivkindern, Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern

Ihre während der Laufzeit des Vertrages geborenen oder von Ihnen adoptierten noch minderjährigen Kinder gelten beitragsfrei ab vollendeter Geburt bzw. ab dem Zeitpunkt der Rechtsgültigkeit der Adoption bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitversichert. Gehen Sie während der Laufzeit des Vertrages eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ein, so ist ab dem Zeitpunkt der Eheschließung oder der rechtsgültigen Eintragung der Lebenspartnerschaft Ihr Ehe- oder Lebenspartner bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitversichert.

Die Versicherungssummen betragen 30.000 EUR für den Invaliditätsfall und 5.000 EUR für den Todesfall.

2.11 Hundehalter Invaliditätsbonus

Die versicherte Person erleidet mit ihrem Hund einen Verkehrsunfall. Wir zahlen eine gemäß der Produktlinie vereinbarte höhere Invalidität als im Versicherungsschein vereinbart. Der Nachweis des Verkehrsunfalls ist durch eine polizeiliche Bescheinigung zu erbringen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	5 % höhere Invalidität
GHV Unfall Premium	10 % höhere Invalidität

2.12 Tierarztkosten nach Unfall

Die versicherte Person erleidet mit ihrem Hund einen Verkehrsunfall. Wir zahlen die zur Behandlung des Hundes notwendigen Tierarztkosten bis maximal 500 EUR. Der Nachweis des Verkehrsunfalls ist durch eine polizeiliche Bescheinigung zu erbringen.

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

2.13 Tagegeld für die Versorgung des Hundes

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Wir zahlen für den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes ein Tagegeld in Höhe von 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, falls auch eine Hundehalterhaftpflichtversicherung bei uns besteht. Maximal jedoch für 14 Tage.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.14 Tagegeld für die Versorgung des Pferdes

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Wir zahlen für den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes ein Tagegeld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, falls auch eine Pferdehalterhaftpflichtversicherung bei uns besteht. Maximal jedoch für 14 Tage.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.15 Rooming-In

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der AUB 2019, der sich vor der Vollendung des 12. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

- bis 10. Übernachtung: 30 EUR
- ab der 11. Übernachtung: 15 EUR

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.16 Kinder-Unfallversicherung – Umstellung auf den Tarif für Erwachsene und die beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers

Die Versicherung führen wir zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fort, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag). Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für erwachsene Personen ergibt.

In Ergänzung der Ziff. 9.2 bis 9.3 gilt folgendes:

- (1) Sterben Sie während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag).
- (2) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt Satz (1) außer Kraft.

Der vorstehende Satz gilt nicht für Ihr unfallbedingtes Ableben im Rahmen der je nach vereinbarter Produktlinie geltenden Frist gemäß Ziff. 4.1.4 Absatz 2 Satz 1 und 2. Ist eine längere Frist vereinbart, so gilt diese entsprechend.

2.17 Todesfalleistung für Vollwaise

Ziff. 2.5 wird wie folgt erweitert:

Besteht für beide Elternteile Unfallversicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf Grundlage der AUB 2019, und werden beide versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet, so wird an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder das Doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfall-Versicherungssumme ausgezahlt. Die zusätzliche Summe ist jedoch auf 50.000 EUR je Elternteil begrenzt.

Beispiele:

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 30.000 EUR versichert. Durch die Verdoppelung werden an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder 60.000 EUR je Elternteil ausgezahlt, also 120.000 EUR insgesamt.

Für beide Elternteile gilt eine Todesfalleistung in Höhe von je 60.000 EUR versichert. Durch die Verdoppelung ergäbe sich jetzt je Elternteil eine Leistung in Höhe von 120.000 EUR. Durch die Begrenzung der zusätzlichen Leistung auf 50.000 EUR werden den Kindern je Elternteil aber tatsächlich 110.000 EUR ausgezahlt, also 220.000 EUR insgesamt.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.18 Invaliditätsleistung für Imker

Ziff. 2.1.2 wird wie folgt erweitert: Die versicherte Person erleidet ein Unfall am Bienenstand. Wird eine Invalidität nach Ziff. 2.1.1 festgestellt, erhöht sich die Invaliditätssumme um den in der Produktlinie vereinbarten Prozentsatz.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	5 % höhere Invalidität
GHV Unfall Premium	10 % höhere Invalidität

2.19 Todesfalleistung für Jäger

Ziff. 2.5 wird wie folgt erweitert: Verstirbt ein Jäger aufgrund eines Unfalls während der Jagdausübung erhöht sich die vereinbarte Todesfalleistung um den in der Produktlinie vereinbarten Prozentsatz.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	50 % erhöhte Todesfalleistung
GHV Unfall Premium	doppelte Todesfalleistung

2.20 Helmklausel

Ziff. 2.1.2 wird wie folgt erweitert: Bei folgenden Aktivitäten zahlen wir bei einer unfallbedingten schweren Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades eine zusätzliche Invaliditätsleistung, wenn aufgrund dieser Kopfverletzung ein Grad der Invalidität festgestellt und zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein handelsüblicher Helm getragen wurde: Ski Alpin, Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz), Inline-Skating, Roller-Skating, Skateboarden, Wakeboarden, Kitesurfen, Windsurfen, Surfen (Wellenreiten), Reiten, Rodeln.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	5 % höhere Invalidität
GHV Unfall Premium	10 % höhere Invalidität

2.21 Lebensretter-Unfallversicherung

Für Personen, die nicht über diese Unfallversicherung versichert sind, besteht Versicherungsschutz, sofern diesen bei der Bemühung zur Rettung einer über diesen Vertrag versicherten Person ein Unfall im Sinne der AUB 2019 zustößt.

Die Versicherungssummen betragen je Person für

- Unfalldod 25.000 EUR
- Unfall-Invalidität 25.000 EUR (ohne Progression)

Kein Versicherungsschutz besteht allerdings für Personen, die zum Zeitpunkt der Rettung für eine Rettungsorganisation (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz sind. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungs-Verträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden. Die oben genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.22 Betriebs- und Haushaltshilfe

2.22.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erhält nachweislich eine Betriebs- und/oder Haushaltshilfe gemäß §§ 54, 55 SGB VII und ist nach Ablauf dieser Leistung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung weiterhin unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.22.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Tagegeld für eine Betriebs- und/oder Haushaltshilfe in Höhe von 100 EUR nach Ablauf der Leistung aus der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nach §§ 54, 55 SGB VII, solange die Voraussetzungen von § 54 SGB VII gegeben sind, längstens jedoch für weitere drei Monate.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.23 Invaliditätsleistung für Jäger

Ziff. 2.1.2 wird wie folgt erweitert: Die versicherte Person erleidet ein Unfall während der Jagdausübung. Wird eine Invalidität nach Ziff. 2.1.1 festgestellt, erhöht sich die Invaliditätssumme um den in den Produktlinien vereinbarten Prozentsatz %:

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	5 % höhere Invalidität
GHV Unfall Premium	10 % höhere Invalidität

2.24 Gipsgeld

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens oder die Zerreißung eines Bandes oder einer Kapsel und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so wird ein Gipsgeld in Höhe von 300 EUR gezahlt. Erleidet die versicherte Person einen Verkehrsunfall mit ihrem Hund und hat diese Anspruch auf das Gipsgeld, zahlen wir das doppelte Gipsgeld. Der Nachweis des Verkehrsunfalls ist durch eine polizeiliche Bescheinigung zu erbringen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

2.25 Fremdreiter

Besteht bei uns eine Unfallversicherung des Pferdehalters und ist das Pferd bei uns haftpflicht-versichert, so sind alle Fremdreiter, beim Reiten des bei uns versicherten Pferdes unfallversichert. In diesem Fall gelten die folgenden Versicherungssummen:

Invalidität	25.000 EUR
Krankenhaustagegeld	10 EUR
Todesfall	5.000 EUR

Klauseln in den AUBs, die eine Erhöhung der Versicherungssummen zur Folge haben, bleiben für Fremdreiter unberücksichtigt.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	nicht versichert
GHV Unfall Premium	versichert

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei der Leistungsart Invaliditätsleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei allen anderen Leistungen die Leistung selbst, soweit dort nicht etwas anderes bestimmt ist.

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

Ab welcher prozentualen Höhe wir die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit berücksichtigen, hängt von der von Ihnen gewählten Produktlinie ab.

Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit haben wir nachzuweisen.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	ab 25 %
GHV Unfall Komfort	ab 50 %
GHV Unfall Premium	ab 75 %

3.2.2 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, sobald sie in Pflegegrad 3 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingestuft sind.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziff. 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

4. Was ist nicht versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Herzinfarkte, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können insbesondere sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Drogenkonsum,
- Medikamenten-Einnahme.

Beispiele: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch einen Unfall im Sinne der AUB verursacht, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiele:

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

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind bis zur vereinbarten Grenze mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter der gemäß Produktlinie vereinbarten Grenze liegt.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	bis 0,8 Promille
GHV Unfall Komfort	bis 1,3 Promille (bis 1,1 Promille beim Lenken eines Kfz)
GHV Unfall Premium	bis 1,6 Promille (bis 1,3 Promille beim Lenken eines Kfz)

Der Zustand der Übermüdung (Schlaf-Trunkenheit) und das Einschlafen infolge der Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörung angesehen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben dagegen die Tages-Schläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

4.1.2 Bewusstseinsstörungen durch Medikamente

Für Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten je nach vereinbarter Produktlinie Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente als mitversichert.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nicht versichert
GHV Unfall Komfort	versichert
GHV Unfall Premium	versichert

4.1.3 Straftat

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Ausnahmen:

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

4.1.4 Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegs-Ereignisse

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignisse verursacht sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Ausnahme: Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Dieser erweiterte Versicherungsschutz erlischt jedoch dann am Ende des je nach vereinbarter Produktlinie geltenden Zeitraums nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung wegen Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der erweiterte Versicherungsschutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion.

Produktlinie	Versicherungsschutz
GHV Unfall Basis	nach 7 Tagen
GHV Unfall Komfort	nach 14 Tagen
GHV Unfall Premium	nach 21 Tagen

Klarstellung: Terroranschläge außerhalb der Länder oder Teilregionen, auf denen Kriegshandlungen stattfinden, fallen unter den Versicherungsschutz.

Ungültigkeit der Ausnahme: Der erweiterte Versicherungsschutz gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teilregion des Staates, so gilt der erweiterte Versicherungsschutz nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion. Er gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen. In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

4.1.5 Luftfahrtunfälle

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt (z. B. Piloten, Gleitschirm- oder Drachenflieger),
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs (z. B. Copiloten, Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter)
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind (z. B. Luftfotograf, Polizisten bei der Verkehrsüberwachung oder Verbrechenverfolgung, Ärzte und medizinisches Personal in speziellen Rettungshubschraubern und Ambulanzflugzeugen, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung)
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen

sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast, falls ein Komfort- oder Premiumschutz vereinbart wurde.

4.1.6 Fahrt-Veranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahmen:

- Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballon-Verfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennen und fallen deshalb unter den Versicherungsschutz.
- Fahrten mit Go-Karts in Kartcentern sind mitversichert, allerdings nur dann, wenn die Go-Karts vom Kartcenter geliehen wurden, es sich um reine Freizeitfahrten handelt und diese nicht dem vereinsmäßigen Kartsport zuzurechnen sind.

4.1.7 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

4.2.1 Psychische Reaktionen

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen schweren Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers einer Straftat

4.2.2 Psychische und nervöse Störungen

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die unmittelbar nach dem Unfall eintreten, besteht dann Versicherungsschutz, wenn und soweit diese Störungen ausschließlich auf eine durch den Unfall verursachte organische Verletzung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Nicht durch organische Verletzungen entstandene psychische Erkrankungen wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus bleiben ausgeschlossen.

4.2.3 Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Schädigung der Gesundheit durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Ausnahme:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und fällt deshalb unter den Versicherungsschutz.

4.2.4 Infektionen

Infektionen, die nicht nach Ziff. 1.4.4 versichert sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

4.2.5 Vergiftungen

Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Auf die unter der Ziff. 1.4.8 definierten Erweiterungen weisen wir hin.

4.2.6 Strahlen

Unfälle durch Strahlen, die nicht nach Ziff. 1.4.7 versichert sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

4.2.7 Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Schädigungen an Bandscheiben dann, wenn neben der Schädigung der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein Unfall im Sinne der AUB 2019 die überwiegende Ursache ist. Bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungsschutz jedoch dann, wenn ein Unfall im Sinne der AUB 2019 die überwiegende Ursache ist.

4.2.8 Bauch- und Unterleibsbrüche

Hierzu verweisen wir auf die Ausführungen unter der Ziff. 1.4.12, nach denen je nach versicherter Produktlinie Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung unter den Versicherungsschutz fallen.

5. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziff. 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

Der Leistungsfall

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

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

6.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

6.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb der je Produktlinie vorgesehenen Frist zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt erst, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod der betreffenden versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfall-Ursächlichkeit haben.

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

Produktlinie	Meldefrist
GHV Unfall Basis	7 Tage
GHV Unfall Komfort	14 Tage
GHV Unfall Premium	14 Tage

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziff. 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

8. Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziff. 6.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 5 % der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 5 % der versicherten Summe,
- bei Krankenhaustagegeld jeweils bis zu drei Tagessätze und
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 5 % der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 Fälligkeit der Leistung

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

8.3 Vorschüsse

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

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

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

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

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

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

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

Die Versicherungsdauer

9. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

9.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

Der Vertrag endet mit Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

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

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

9.5 Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil als Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

9.6 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

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

Der Versicherungsbeitrag

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

10.1.2 Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

10.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

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

10.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziff. 10.3.3).

10.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziff. 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

- (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?

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen,

- die wir nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

12.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

12.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziff. 10.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

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

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

12.4 Anfechtung

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

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

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 12.1. bis 12.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

13. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14. Welches Gericht ist zuständig?

14.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

14.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

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

15.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

15.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

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

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

16. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Annahmeveraussetzungen Unfallversicherung



(AR / UV) | gültig ab 1. Dezember 2018

1. Geltungsbereich

Die Tarife gelten für Versicherungsnehmer, die ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

2. Anwendungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für Unfälle

- weltweit
- rund um die Uhr (24-Stunden-Deckung)
- in der Freizeit
- in Ausübung der beruflichen Tätigkeit

3. Altersgrenzen

- Geburt Frühestes Eintrittsalter in der Kinder-Unfallversicherung
- 18 Jahre
 - Neukunden: Einstufungen nach Erwachsenentarif
 - Bestandskunden: Umstellung des Kindertarifs auf Erwachsenentarif ab nächster Hauptfälligkeit
- 67 Jahre
 - Neukunden: Einstufungen nach Seniorentarif
 - Bestandskunden: Umstellung des Erwachsenentarifs auf Seniorentarif ab nächster Hauptfälligkeit
- 81 Jahre kein Versicherungsschutz mehr möglich

Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

4. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind:

- der Antrag
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- die Verbraucherinformation
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung

5. Mindestprämie/Mindestversicherungssumme

Für jede versicherte Person muss mindestens eine Invaliditätssumme von 25.000 EUR vereinbart werden. Die Jahresmindestprämie beträgt 40 EUR ohne Versicherungssteuer.

6. Höchstversicherungssummen

Bei Abschluss mehrerer Verträge für eine versicherte Person darf die Addition der Versicherungssummen je Leistungsart die nachstehenden Höchstversicherungssummen nicht übersteigen.

Die Todesfallsumme darf nicht größer sein als die Invaliditätsgrundsumme.

Überschreiten die Versicherungssummen die genannten Höchstversicherungssummen, ist eine Anfrage bei der Direktion erforderlich.

Leistungsart	Maximale Grundsummen	Maximum Senioren
Invaliditätsleistung:		
Invaliditätsleistung ohne Progression	200.000 €	200.000 €
Invaliditätsleistung mit 225 % Progression	200.000 €	170.000 €
Invaliditätsleistung mit 350 % Progression	200.000 €	140.000 €
Invaliditätsleistung mit 500 % Progression	200.000 €	100.000 €
Übergangsleistung	10.000 €	-
Todesfalleistung	50.000 €	
Krankenhaustagegeld	50 €	

7. Nicht versicherbarer Personenkreis

Nicht versicherbar sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung. Diese gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in die Pflegestufe 1 gemäß § 15 Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) bzw. in den Pflegegrad 2 gemäß Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) eingestuft sind.

Ebenso sind geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung zur Folge hat, dass sie ohne Aufsicht nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, nicht versicherbar.

Nicht versicherbare Berufe

- Artisten
- Astronauten
- beruflich fliegendes Personal
- Bergleute unter Tage
- Berufs-,Vertrags- und Lizenzsportler (Personen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die Ausübung von Sport verdienen)
- Feuerwerker
- Mitarbeiter in Munitionsfabriken
- Munitions- (auch Minen- u. Ä.) Such- und Räumpersonal
- Offshore-Personal (auf Bohrinseln)
- Mitarbeiter der Seeschifffahrt auf großer Fahrt und in der Hochseeschifffahrt
- Rennfahrer
- Rennreiter
- Sprengpersonal
- Stuntman
- Berufstaucher/Tauchlehrer
- Tierbändiger und ähnliche Berufe

8. Nicht versicherbare Erkrankungen

Besteht eine Schwerbehinderung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder liegt eine Eingruppierung in ein Pflegegrad vor, bzw. wurde entsprechende Anträge gestellt, benötigen wir umfangreiche Informationen und zwingend den entsprechenden Bescheid (z.B. Feststellungsbescheid), das Pflegegutachten bzw. die entsprechenden Anträge.

Herz-Kreislaufsystem/ Gefäßerkrankungen	- Arteriosklerose (sofern Antragsteller älter als 67 Jahre) - Herzinfarkt (sofern innerhalb der letzten 12 Monate)
Erkrankungen der inneren Organe	- Hepatitis - Leberzirrhose
Erkrankungen des Blutes	- AIDS - Blutgerinnungsstörungen (z.B. Bluterkrankheit) - Einnahme von den Blutgerinnungsmedikamenten Marcumar, Fali- throm, Warfarin, Heparin - HIV - Maligne (=bösartige) Erkrankungen des Blutes und der blutbilden- den Systeme (z.B. Non-Hodgin-Lymphome) - Mukoviszidose (auch zystische Fibrose)

Neurologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer - Autismus - behandlungsbedürftige Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) - behandlungsbedürftige Meningitis (Hirnhautentzündung) - Creutzfeld-Jakob-Krankheit (Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks) - Demenz - Down-Syndrom - Epilepsie, sofern Anfälle innerhalb der letzten zwei Jahre - Erkrankungen des zentralen Nervensystems - Gehirntumor - häufige Bewusstlosigkeit - häufiger Schwindel - Hirnathropie - Hydrozephalus - Lähmungen - Multiple Sklerose - Oligophrenie - Parkinson - Rückenmarkserkrankungen - Schlaganfall (Apoplex, sofern innerhalb der letzten 12 Monate) - Synkopen (plötzlich einsetzende Bewusstlosigkeit)
Erkrankungen der Psyche	<ul style="list-style-type: none"> - Bipolare Störung - Borderline-Syndrom - Manisch depressive Erkrankung - Neurosen - Paranoia - Psychosen - Schizophrenie
Funktionsbeeinträchtigung der Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> - Blindheit - Taubheit
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	<ul style="list-style-type: none"> - Ehlers-Danlos-Syndrom (Bindegewebsstörung) - Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta) - Marfan-Syndrom (Bindegewebskrankheit) - Muskelatrophien und Muskeldystrophien - Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) - Paget-Krankheit (Erkrankung des Skelettsystems)
Suchterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Alkoholsucht - Drogensucht/Drogenabhängigkeit - Medikamente/Tablettensucht
Sonstige Erkrankungen/ Gesundheitsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> - behandlungsbedürftige Tuberkulose (offene TBC)
Tumor/Krebserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Leukämie - Knochenkrebs

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

GHV VERSICHERUNG

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt
Anstalt des öffentlichen Rechts | Deutschland, VU 0523

Private Unfallversicherung

Basis | Komfort | Premium



Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Grundleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze infolge eines Unfalls.
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen infolge einer Unfallverletzung

Leistungen je nach Umfang Ihres gewünschten Versicherungsschutzes:

- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Übergangsleistung/Sofortleistung bei schweren Verletzungen
- ✓ Einmalige Leistung bei einem Todesfall durch einen Unfall
- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall zum Beispiel Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall).
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen
- ! Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Wenn Sie Premiumschutz gewählt haben, gelten für Sie nachfolgende Besondere Bedingungen:



Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Reha-Management

(BB Reha) | gültig ab 1. Januar 2019

In Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung gelten je nach vereinbartem Tarif folgende Regelungen:

Unser Reha-Management navigiert und begleitet verunfallte versicherte Personen durch das System der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer während des gesamten Genesungsprozesses. Ziel ist es, eine optimale Versorgungssituation zu schaffen, um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern. Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Reha-Leistung vereinbart. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AUB) werden wie folgt ergänzt:

1. Der Anspruch der versicherten Person auf Reha-Management

Die versicherte Person ist berechtigt, im Fall eines zu erwartenden unfallbedingten Invaliditätsgrades gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.2 AUB von 20 % und mehr die Dienstleistungen unseres Reha-Dienstleisters in Anspruch zu nehmen.

Die Dienstleistung können auch bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit beantragt werden, auch wenn der oben genannte Invaliditätssatz nicht erreicht wird. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen heißt, dass die versicherte Person zukünftig nicht mehr imstande sein wird, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.

Mit der Durchführung des Reha-Managements beauftragen wir einen spezialisierten Dienstleister. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistung tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und Reha-Management geltend machenden versicherten Person an den Dienstleister zu übermitteln.

1.1 Entbindung von der Schweigepflicht

Der von uns beauftragte Dienstleister kann nur dann tätig werden, wenn behandelnde Personen und Einrichtungen, z.B.

- Angehörige von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflege-Einrichtungen

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Er wird die versicherte Person im Rahmen des Ersthilfe-Telefonats nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

1.2 Bedarfserhebung und Voraussetzungen für das Reha-Management

Hat die versicherte Person Anspruch auf Reha-Management, so beauftragen wir den Dienstleister mit der Erhebung eines Reha-Management-Bedarfs.

Der Reha-Management-Bedarf wird durch ein Ersthilfe-Telefonat oder zusätzlich durch ein Vortorgetgespräch mit der verunfallten versicherten Person, deren Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, volljährige Kinder, Eltern) und den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben. Aus dem erhobenen Reha-Management-Bedarf leitet der Dienstleister ab, ob es sich um einen kleinen oder großen Reha-Fall handelt und leitet die entsprechenden Schritte ein.

Die Leistungen aus dem Reha-Management erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen wurde.

Mit der Erbringung der Reha-Management-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Unfallversicherungsvertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

2. Kleiner und großer Reha-Fall

2.1 Kleiner Reha-Fall

Ein kleiner Reha-Fall liegt vor, wenn der Reha-Management-Bedarf gering bis mittel-intensiv eingeschätzt wird und nach der akutmedizinischen Versorgung der Verunfallte noch als arbeitsunfähig entlassen wird und der Hausarzt die Weiterbehandlung übernimmt.

2.2 Großer Reha-Fall

Ein großer Reha-Fall liegt vor, wenn der Reha-Management-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird, wenn die versicherte Person nach einer Krankenhausentlassung noch längere Zeit ist oder wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
- Knöchelverletzung der Wirbelsäule
- Polytrauma (Verletzung mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
- Morbus Sudeck (CRPS)
- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenke).

3. Reha-Management-Leistungen

3.1 Reha-Management-Leistungen bei einem kleinen Reha-Fall

3.1.1 Reha-Betreuung

Im Rahmen der Reha-Betreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung) mit der versicherten Person und mit den behandelnden Ärzten. Der telefonische Kontakt zu den behandelnden Ärzten erfolgt jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungs-Sektor (Akutbehandlung im Krankenhaus – ambulante medizinische Weiterversorgung durch den Hausarzt oder einen Facharzt).

3.1.2 Reha-Beratung

Den Angehörigen wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der Angehörigen im Reha-Prozess der versicherten Person, z.B. bei Amts- und Behörden-Vorgängen.

3.1.3 Finanzielle Beihilfen

Wir finanzieren einmalig zusätzliche im Rahmen der Betreuung als notwendig erkannte ambulante therapeutische Maßnahmen geringeren Umfangs.

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungs-Apparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

Wir übernehmen hierbei die Kosten für maximal fünf Behandlungen einer dieser therapeutischen Maßnahmen.

3.2 Reha-Management-Leistungen bei einem großen Reha-Fall

3.2.1 Reha-Betreuung

Der Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufs-Begleitung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungs-Wechsel erfolgt.

Diese aktive telefonische Verlaufs-Begleitung beginnt mit der Entlassung aus der akutmedizinischen Versorgung (Krankenhausentlassung) und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten
- ständige Kontrolle des Soll-Ist-Zustandes und Problemlösungs-Gespräche mit allen Beteiligten
- regelmäßige Situations-Besprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungs-Koordinierung unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatz-Sicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der arbeitsplatzspezifischen Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungsstätten)
- Berufliche Reintegrations-Hilfen (Arbeitsplatz-Akquise- und Bewerbungs-Unterstützung)

3.2.2 Die Reha-Beratung

3.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitations-Beratung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungs-Träger angeboten. Gleichzeitig wird über die Aspekte der sozialen, schulischen oder beruflichen Rehabilitation informiert. Aus der jeweiligen Situation heraus werden Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

Auf Wunsch können Kontakte zu qualifizierten ambulanten Versorgungseinrichtungen oder medizinischen Fachkräften vermittelt oder terminiert werden.

3.2.2.2 Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung oder KFZ Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Dienstleister begleitet.

3.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittel-Versorgung

Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete Heil- und Hilfsmittel.

3.2.2.4 Rückführungsberatung und –begleitung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinder-Unfallversicherung.

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den Kostenträgern, Bildungsverantwortlichen, pädiatrischen Förder-Einrichtungen und den Eltern über die Rückführung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz organisiert und aktiv begleitet. Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rückführungsplan zum nahtlosen Übergang aus der Rehabilitation. Sind neben dem Rückführungsplan zusätzliche Maßnahmen erforderlich, so werden diese koordiniert und begleitet.

Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Normalität des weiteren Bildungs- oder Ausbildungsweges.

3.2.2.5 Rückführungsberatung und –begleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung für Erwachsene

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt. Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan. Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der Dienstleister die schnellstmögliche Aufnahme einer qualifizierten Bil-

dungs- oder Ausbildungsmaßnahme. Ist die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit mittels Umorganisation, technischer Anpassung und arbeitsplatzorientierter Qualifizierungsmaßnahmen möglich, so begleitet der Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen.

3.2.2.6 Pflegeberatung

Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation, werden Kontakte zu ausgebildeten Pflegekräften, -diensten oder Pflegeheimen hergestellt.

3.2.2.7 Pflege-Entlastungservice durch Urlaubsgeld

Angehörige, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren, um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden. Der Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person. Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfallereignis innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

3.2.2.8 Finanzielle Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder durch die Nutzung qualitativ hochwertigere Hilfsmittel ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen. Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene Reha-Maßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 10.000 Euro je großem Reha-Fall bereitgestellt.

3.2.2.9 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft), Haftpflichtversicherer, Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, gesetzlicher Rentenversicherer) verpflichtet ist, die Kosten für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zu übernehmen, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

Wenn Sie den Baustein Assistance-Leistung gewählt haben, gelten für Sie nachfolgende Besondere Bedingungen:



Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Assistance-Leistung

(BB Assistance) | gültig ab 1. Januar 2019

In Ergänzung der AUB 2019 gelten je nach vereinbartem Tarif folgende Regelungen:

Sie haben mit uns eine Unfall-Versicherung mit Assistance-Leistung vereinbart. Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) werden wie folgt ergänzt:

Der Versicherungsumfang

1. Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

- 1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person dazu, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt (Hilfebedürftigkeit), stellen wir die folgenden Hilfeleistungen zur Verfügung.
- 1.2 Die Hilfeleistungen richten sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit der versicherten Person. Die Hilfeleistungen werden solange die versicherte Person hilfebedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet, erbracht. Tage der vollstationären Behandlung rechnen wir nicht an.
- 1.3 Wir erbringen diese Leistungen durch qualifizierte Dienstleister ausschließlich in Deutschland.
- 1.4 Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Personen beauftragt haben, zahlen wir nicht.
- 1.5 Bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen schränken wir abweichend von Ziffer 3.2 AUB unsere Hilfeleistung nicht ein.

2. Art und Umfang der Leistungen für die versicherte Person

2.1 Beratung

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.

2.2 Menüservice

Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen. Die Menüs werden üblicherweise täglich warm geliefert (eine Mahlzeit pro Tag). Die Kosten für das Menü tragen wir.

2.3 Hausnotrufdienst

Wir stellen der versicherten Person eine Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist, zur Verfügung und sorgen für die technische Umsetzung.

2.4 Begleitung bei Arzt-, Therapie- und Behördenterminen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen.

2.5 Besorgungen und Einkäufe

Bei Bedarf werden einmal in der Woche für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bankgänge),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
- gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung tragen Sie.

2.6 Reinigung der Wohnung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der versicherten Person (Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) im üblichen Umfang gereinigt.

2.7 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung.

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gepflegt. Hierzu zählen

- das Waschen, Trocknen und Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen sowie
- die Schuhpflege.

2.8 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu vier Wochen eine Grundpflege. Hierzu zählen

- Körperpflege, z. B. Waschen, Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren,
- Hautpflege, Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen), Nagelpflege,
- An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körperersatzstücken,
- Hilfe bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme,
- Unterstützung beim Gang zur Toilette,
- Lagern und Betten,
- Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereichs.

2.9 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners oder Verwandten 1. Grades

Nachfolgende Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person, wenn die versicherte Person für bis zu vier Wochen, sofern diese Personen mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft zusammen leben und bis zum Unfall von dieser wegen Minderjährigkeit oder nachgewiesener Pflegebedürftigkeit versorgt wurden:

- Menüservice,
- Wohnungsreinigung,
- Besorgung und Einkäufe,
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung.

2.10 Arztsuche

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

2.11 Pflegeschulung für Angehörige

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

2.12 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.

2.13 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.

2.14 Zusätzlich zu den obigen Hilfe- und Pflegeleistungen vermitteln wir folgende Hilfeleistungen:

2.14.1 Haustierbetreuung

Wir vermitteln die Haustierbetreuung gewöhnlicher Haustiere (z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische). Die Kosten der Betreuung selbst und die Tierfutterkosten sind nicht versichert.

2.14.2 Umbaumaßnahmen von Haus/Wohnung bzw. Kraftfahrzeug

Wir vermitteln eine einmalige Beratung für erforderliche Umbaumaßnahmen von Haus/Wohnung bzw. Kraftfahrzeug. Wir tragen die Kosten dieser Beratung. Die Kosten für die Umbaumaßnahmen sind nicht versichert.

2.14.3 Hausmeisterdienste

Wir vermitteln einen Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung (Räumung der Gehwege, Instandhaltung des Gartens). Die Kosten des Hausmeisters selbst sind nicht versichert.

2.14.4 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.

2.14.5 Medizinische Abklärung

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

2.15 Krankenrücktransport

2.15.1 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.

2.15.2 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. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.16 Überführungen

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

2.17 Pflegeplatzgarantie

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

2.18 24-Stunden-Pflegenotruf/Notfallservice

Gleichzeitig mit der Leistungserbringung „Grundpflege“ 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.

2.19 Kinder-Assistance

Bei Bedarf erhält die versicherte Person resp. deren minderjährige Kinder für bis zu vier 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 acht Stunden täglich, bis zu vier 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.

3. Fälligkeit der Leistungen

Sobald Sie uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt haben, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Bitte beachten Sie, dass wegen der in Ihrem Interesse gebotenen Eilbedürftigkeit vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden kann, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) sind für die Hilfeleistungen nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert, Personen die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer überwiegend fremder Hilfe bedürfen. Dies gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in den Pflegegrad 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflege-Versicherung) eingestuft sind.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist.