

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

die Versicherungsbedingungen bilden die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der konkret zwischen Ihnen und uns vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

Versicherungsbedingungen für die HUK24-Unfallversicherung Stand 01.04.2010

Inhalt	Seite
Kundeninformation	2
I. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010)	4
II. Kinder-Tarif	10
III. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung	10
Merkblatt zur Datenverarbeitung	17
Bitte bewahren Sie diese wichtigen Vertragsunterlagen auf.	

Auf gute Partnerschaft Ihre HUK24 AG

Kundeninformation

Identität des Versicherers

Versicherer ist die HUK24 AG.

Register-Gericht Coburg. Handelsregister-Nr. 3240.

Sitz des Unternehmens: Willi-Hussong-Str. 2, 96440 Coburg.

Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der HUK24 lautet:

HUK24 AG, Willi-Hussong-Str. 2, 96440 Coburg.

Ladungsfähige Vertreter sind Detlef Frank und Günther Schlechta.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Anschrift der Aufsichtsbehörde

In unserer Hauptgeschäftstätigkeit sind wir auf Versicherungen für private Haushalte spezialisiert. Dabei unterliegen wir als Versicherungsunternehmen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bafin.de; Tel. 0228 4108-0; Fax 0228 4108 – 1550.

Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrags werden der Antrag, der Versicherungsschein sowie etwaige Nachträge. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010), die vereinbarten Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung, eventuell mit Ihnen getroffene Vereinbarungen und die gesetzlichen Bestimmungen.

Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Die private Unfallversicherung bietet der versicherten Person weltweit und rund um die Uhr Versicherungsschutz bei Unfällen.

Von einem Unfall spricht man, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis Gesundheitsschäden erleidet.

Der Versicherungsschutz kann je nach Vereinbarung bestimmte Leistungsarten umfassen:

- Invaliditätsleistung (mit oder ohne Progression)
- Unfallrente
- Todesfall-Leistung
- Krankenhaus-Tagegeld mit Krankenhaus-Tagegeld PLUS und – für Kinder unter 14 Jahren – Rooming-In-Leistung
- Übergangsleistung oder Sofortleistung bei besonders schweren Unfallfolgen
- Kostenersatz für kosmetische Operationen
- Service-Leistungen

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welchen Versicherungsumfang Sie abgeschlossen haben.

Die Entschädigungsleistung wird fällig, wenn unsere Feststellungen zum Grunde und zur Höhe des Anspruchs abgeschlossen sind.

Versicherungsbeitrag

Die Höhe des Beitrags können Sie den Antragsunterlagen entnehmen. Ändern sich Angaben im Antrag, kann sich auch der Beitrag ändern. Im Endbeitrag ist die Versicherungssteuer enthalten.

Kosten für Fernkommunikationsmittel

Ist in Ihren Versicherungsunterlagen eine Telefonnummer angegeben, unter der Sie uns erreichen können, informieren wir Sie dort auch über die Höhe der Telekommunikationskosten.

Beitragszahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Er ist dann unverzüglich (d. h. innerhalb von zwei Wochen) zu zahlen. Ein Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt zur Zahlung fällig.

Beginn des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag annehmen. In der Regel geschieht dies durch Zugang des Versicherungsscheins.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den in Ihrem Versicherungsschein genannten fälligen Beitrag gezahlt haben, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt des Versicherungsbegins.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Er ist zu richten an:

HUK24
Willi-Hussong-Str. 2
96440 Coburg
E-Mail: info@HUK24.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Dauer des Vertrags

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch einen Vertragspartner in Schriftform oder per E-Mail gekündigt wird.

Beendigung des Vertrags

Jede Partei kann den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform oder per E-Mail kündigen.

Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

Gerichtsstand

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

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

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Meinungsverschiedenheiten

Wenn Sie als Verbraucher mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden (Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Tel. 0180 4 224424*; Fax 0180 4 224425*). Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen.

Sind Sie mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die oben genannte für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

*20 Cent je Anruf aus dem deutschen Festnetz. Anrufe aus Mobilfunknetzen maximal 42 Cent pro Minute bei Abrechnung im 60-Sekunden-Takt.

I. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert? 4
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? 4
 - 2.1 Invaliditätsleistung 4
 - 2.2 Übergangsleistung/bei schweren Verletzungen Sofortleistung 5
 - 2.3 Tagegeld 5
 - 2.4 Krankenhaus-Tagegeld 5
 - 2.5 Krankenhaus-Tagegeld PLUS 5
 - 2.6 Todesfall-Leistung 5
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen? 5
4. Welche Personen sind nicht versicherbar? 5
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 5
6. Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kindertarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
 - mit Vollendung des 65. Lebensjahresbeachten? 6

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? 6
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 6
9. Wann sind die Leistungen fällig? 7

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
 - Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? 7

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
 - Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 7

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 8
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? 8
14. (entfällt)
15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? 9
16. Welches Gericht ist zuständig? 9
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
 - Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens? 9
18. Welches Recht findet Anwendung? 9
19. (entfällt)
20. Wann können wir eine Beitragsanpassung vornehmen? 9

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3.1 Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen zuzieht, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Versicherung eingeschlossen.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziff. 3), nicht versicherbare Personen (Ziff. 4) sowie die Ausschlüsse (Ziff. 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Stimme	100 %

eine Niere	20 %
beide Nieren	100 %
Milz	10 %

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

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

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

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

- 2.1.2.3** Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
- und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung/bei schweren Verletzungen Sofortleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.2.1.1 Übergangsleistung

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

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

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

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

2.2.1.2 Sofortleistung

Bei folgenden schweren Verletzungen erbringen wir die Übergangsleistung gemäß der nachfolgenden Bestimmungen als Sofortleistung, sofern nicht der Tod auf Grund der Unfallfolgen innerhalb einer Woche nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation der ganzen Hand
- Erblindung auf beiden Augen

Das Vorliegen einer der vorstehend genannten schweren Verletzungen ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der Anspruch auf Sofortleistung entsteht nach Eintritt des Unfalls.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung und die Sofortleistung schließen sich gegenseitig aus. Soweit die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, besteht Anspruch nur auf eine der beiden Leistungsarten, d. h. entweder Sofortleistung **oder** Übergangsleistung.

Die Übergangsleistung oder die Sofortleistung wird in Höhe der für die Übergangsleistung vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

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

2.4 Krankenhaus-Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

2.5 Krankenhaus-Tagegeld PLUS

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziff. 2.4.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld PLUS wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6 Todesfall-Leistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziff. 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind:

- dauernd pflegebedürftige Personen.
Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

- Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist.

Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Gesundheitszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziff. 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für die unter Ziff. 4.1 genannten Personen seit Vertragsschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

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

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

- 5.1.6** Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2** Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1** Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziff. 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2** Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3** Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4** Infektionen.
- 5.2.4.1** Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 5.2.4.2** Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziff. 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 5.2.4.3** Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziff. 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.5** Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6** Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5.2.7** Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und mit Vollendung des 65. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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

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

- 6.1.2** Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- 6.2.1** Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

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

- 6.2.2** Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

6.3 Was passiert mit Ihrer Unfallversicherung, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet?

- 6.3.1** Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen. Danach kommt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr zum Tragen.

Rechtzeitig vor Erreichen der Altersgrenze werden wir Sie durch eine entsprechende Mitteilung über die Veränderungen Ihrer Unfallversicherung informieren.

- 6.3.2** Nach Erreichen der Altersgrenze werden wir die Beiträge für einzelne Leistungsarten während der Vertragslaufzeit an das veränderte Lebensalter der versicherten Person so anpassen, wie dies der Tarif zum Anpassungszeitpunkt vorsieht.

Der angepasste Beitrag wird ab Beginn der auf das geänderte Lebensalter folgenden Versicherungsperiode wirksam; wir werden Sie über die Veränderung des Beitrages informieren.

Die vereinbarten Beiträge einzelner Leistungsarten erhöhen sich für Personen, die das 66. Lebensjahr vollendet haben, jährlich; für Männer ergeben sich Steigerungen um jährlich bis zu 6 %, für Frauen um jährlich bis zu 9 %.

Sie können innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen.

In die Berechnung des Beitragsunterschieds werden Änderungen auf Grund von Ziff. 20 einbezogen, wenn sie gleichzeitig wirksam werden.

Der Leistungsfall

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

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

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

Bei zunächst nicht erkennbaren oder geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die Regelung in Ziff. 2.1.1 bleibt davon unberührt.

- 7.2** Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Sämtliche von Ihnen eingereichten Unterlagen werden unser Eigentum.

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

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

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

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

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

- 9. Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1** Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung/Sofortleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
 - bei Krankenhaus-Tagegeld bis zu einem Krankenhaus-Tagegeldsatz.
- Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2** Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3** Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4** Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.
- Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.
- Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

- 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziff. 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages**
- 10.2.1** Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch einen Vertragspartner in Schriftform oder per E-Mail gekündigt wird; dies gilt auch, wenn die Vertragsdauer nur deshalb weniger als ein Jahr beträgt, weil als Beginn der nächsten Versicherungsperiode ein vom Vertragsbeginn abweichender Termin vereinbart worden ist. Andere Verträge mit einer Dauer von weniger als einem Jahr enden, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- 10.2.2** Zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, endet auch der Unfallversicherungsvertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Über die Beendigung der Unfallversicherung werden wir Sie rechtzeitig informieren.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall**
- Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform oder per E-Mail zugegangen sein.
- Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
- Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

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

Der Versicherungsbeitrag

- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer**
- Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
- Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
- Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
- Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt**
- Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
- Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 11.3.2 Verzug**
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziff. 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz**
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung**
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
- Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

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

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

– Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,

– die Versicherung nicht gekündigt war und

– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

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

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

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform (z. B. per E-Mail) anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch dann zur Anzeige verpflichtet, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satz 1 in Textform stellen.

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

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

nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

13.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

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

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

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

- 14. (entfällt)**
- 15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 15.1** Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 15.2** Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16. Welches Gericht ist zuständig?**
- 16.1** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2** Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens?**
- 17.1** Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar uns gegenüber erfolgen, in Textform (z. B. per E-Mail) abzugeben.
- Erklärungen und Anzeigen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.
- 17.2** Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.
- 18. Welches Recht findet Anwendung?**
- Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 19. (entfällt)**
- 20. Wann können wir eine Beitragsanpassung vornehmen?**
- 20.1** Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine sachgemäße Tarifierung sicherzustellen, sind wir in der Unfallversicherung berechtigt, einmal im Kalenderjahr durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.
- 20.2** Bei dieser Überprüfung dürfen nur die Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen und der danach bis zur nächsten Überprüfung erwarteten Schaden- und Kostenentwicklung berücksichtigt werden. Dabei sind die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik anzuwenden.
- 20.3** Ergibt die Überprüfung nach Ziff. 20.2 höhere als die bisherigen Beiträge, so sind wir berechtigt, die bisherigen Beiträge um die Differenz anzuheben. Sind die neuen Versicherungsbeiträge niedriger als die bisherigen, so sind wir verpflichtet, die bisherigen Beiträge um die Differenz abzusenken.
- 20.4** Sind die nach Ziff. 20.3 ermittelten Beiträge für die bestehenden Verträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für die bestehenden und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Tarifmerkmale (d. h., die für die Beitragsberechnung maßgeblichen Merkmale) und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, so können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für die neu abzuschließenden Verträge verlangen.
- 20.5** Wir können die Anpassung erst mit Wirkung ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode vornehmen.
- 20.6** Besteht die Anpassung in einer Erhöhung des bisherigen Beitrags, so wird sie nur wirksam, wenn wir Ihnen die Erhöhung mindestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitteilen. Die schriftliche Mitteilung muss den Unterschied zwischen dem bisherigen und dem erhöhten Beitrag aufzeigen und die Belehrung über Ihr Kündigungsrecht nach Ziff. 20.7 enthalten.
- 20.7** Bewirkt eine Änderung der Tarife eine Erhöhung des Beitrags, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

II. Kinder-Tarif

Der Kinder-Tarif gilt gemäß Ziff. 6.1 AUB 2010 bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Über die Vertragsfortsetzung nach dem Erwachsenen-Tarif und das Ihnen in diesem Zusammenhang zustehende Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

In Verbindung mit dem Kinder-Tarif gilt die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers. Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungs-

schutzes das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet und stirbt er während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres **beitragsfrei** weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (Ziff. 11.7 AUB 2010).

III. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung

A) Diese Besonderen Bedingungen sind grundsätzlich Vertragsbestandteil:

Besondere Bedingungen bei Kurzsichtigkeit von 8 und mehr Dioptrien

Bei Kurzsichtigkeit von 8 und mehr Dioptrien sind in Ergänzung von Ziff. 5 und in Abänderung von Ziff. 2.1.2.2.3 und Ziff. 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen: Netzhautblutungen, Netzhautablösungen, Netzhautrisse und Glaskörperblutungen.

B) Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, soweit sie in Ihrem Versicherungsschein bzw. im gültigen Versicherungsschein-Nachtrag genannt sind:

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2010 – 350 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziff. 2.1 und Ziff. 3 (unfallbedingter Invaliditätsgrad) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) ermittelt.

Ziff. 2.1 AUB 2010 wird wie folgt ergänzt:

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

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
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		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2010 – 500 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziff. 2.1 und Ziff. 3 (unfallbedingter Invaliditätsgrad) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) ermittelt.

Ziff. 2.1 AUB 2010 wird wie folgt ergänzt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 4 % aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich die Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe	Unfall-bed. Inv.-Grad	Leistung a. d. Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		

- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 800.000 € beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24) weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % (BB Mehrleistungen 2010)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart.

- Beträgt der nach Ziff. 2.1 und Ziff. 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) ermittelte Invaliditätsgrad 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.
- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 € beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24) weitere Unfall- oder Kinderversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingung für die Verlängerung der Meldefrist bei Unfalltod

Abweichend von Ziff. 7.5 AUB 2010 wird die Meldefrist von 48 Stunden bei unfallbedingtem Tod der versicherten Person auf 7 Tage verlängert. Die Frist beginnt mit Kenntniserlangung vom Unfalltod.

Besondere Bedingungen zur Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB 2010 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch Bewusstseinsstörungen infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht werden.

Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Medikamentengebrauch selbst hervorgerufen werden.

Besondere Bedingungen zur Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB 2010 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die auf Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit beruhen, wenn die Blutalkoholkonzentration

- bei Lenkern von Kraftfahrzeugen 1,1 Promille,
 - in allen sonstigen Fällen 1,6 Promille
- nicht übersteigt.

Besondere Bedingungen zur Mitversicherung von Unfällen durch Schlaganfall oder Herzinfarkt

Abweichend von Ziff. 5.1.1 AUB 2010 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch Schlaganfall oder Herzinfarkt verursacht werden. Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Schlaganfall oder den Herzinfarkt selbst hervorgerufen werden.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Fahren ohne Fahrerlaubnis bei Personen unter 18 Jahren

Abweichend von Ziff. 5.1.2 AUB 2010 besteht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie ein Kraftfahrzeug führt, obwohl sie die dazu erforderliche Fahrerlaubnis nicht hat. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2010)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

1. Abweichend von Ziff. 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

2. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (BB KosmOp 2010)

Ergänzend zu Ziff. 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen:

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

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

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

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

2. Art und Höhe der Leistungen:

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

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

3. Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen in der Unfallversicherung (BB Unfall-Service 2010)

Ergänzend zu Ziff. 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) erbringen wir folgende Leistungen:

1. Art der Leistungen:

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

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

- 1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

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

- 1.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

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

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

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

2. Höhe der Leistungen:

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

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

3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Dynamik 2010)

1. Die Versicherungssumme für den Invaliditätsfall, die Versicherungssumme für den Todesfall und die Versicherungssumme für die Unfall-Rente werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des 2. Versicherungsjahres.

2. Die Versicherungssumme für den Invaliditätsfall und die Versicherungssumme für den Todesfall werden dabei jeweils auf volle 500 € aufgerundet. Die Versicherungssumme für die Unfall-Rente wird auf volle 10 € aufgerundet.

3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Unfall-Ereignisse, die eine Invaliditäts- oder Todesfall-Leistung bzw. Rentenleistung herbeiführen.

4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von 6 Wochen nach unserer Mitteilung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

6. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte weitere Laufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss in Schriftform oder per E-Mail, mindestens 1 Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres, erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bauch- und Unterleibsbrüchen durch erhöhte Kraftanstrengung

Ergänzend zu Ziff. 1.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) und abweichend von Ziff. 5.2.7 AUB 2010 besteht Versicherungsschutz auch bei durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden an Bandscheiben gem. Ziff. 5.2.1 AUB 2010.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionskrankheiten und Vergiftungen

Für die Leistungsarten Invalidität (Ziff. 2.1 AUB 2010), Tod (Ziff. 2.6 AUB 2010) und Unfall-Rente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente) wird der Versicherungsschutz wie folgt erweitert:

1. Infektionskrankheiten

- 1.1 Abweichend von Ziff. 1.3 und Ziff. 5.2.4 AUB 2010 gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Afrika-

nische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit), Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus

als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

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

- 1.2 Abweichend von Ziff. 1.2 AUB 2010 wird bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person Versicherungsschutz nur für Urlaubsreisen mit einer maximalen Dauer von 42 Tagen gewährt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Infektionen, die auf Verbreitung eines der vorstehend genannten Erreger auf Grund eines Terroraktes beruhen.

- 1.3 Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede vereinbarte Leistungsart (Invalidität, Tod bzw. Unfall-Rente) gesondert. Bei nachträglich eingeschlossenen Leistungsarten beginnt die Wartezeit mit Einschluss des neuen Risikos.

Für Ereignisse nach Ziff. 1 dieser Besonderen Bedingungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter Ziff. 1 dieser Besonderen Bedingungen genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

- 1.4 Abweichend von Ziff. 7.1 AUB 2010 ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

2. Vergiftungen

Abweichend von Ziff. 5.2.5 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) sind auch Vergiftungen durch Nahrungsmittel mitversichert.

Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen bei Personen, die im Zeitpunkt der Vergiftung das 14. Lebensjahr vollendet haben.

Besondere Bedingungen für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Oberschenkelhalsbruch

Ergänzend zu Ziff. 2 AUB 2010 leisten wir bei den nachfolgend aufgezählten vollständigen Frakturen sowie bei einem Oberschenkelhalsbruch ein gestaffeltes Schmerzensgeld gemäß den folgenden Bestimmungen.

1. Voraussetzungen für die Leistung

Leistungsauslösend sind folgende Ereignisse:

- Die versicherte Person hat sich wegen einer unfallbedingten vollständigen Fraktur eines Knochens in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.
- Die versicherte Person hat sich wegen eines Oberschenkelhalsbruchs in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden. Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals, der Oberschenkelkopf oder der große Rollhügel gebrochen ist.

Insoweit verzichten wir auf das Vorliegen eines Unfallereignisses gem. Ziff. 1.3 AUB 2010.

Ziff. 5.2.3 AUB 2010 bleibt unberührt.

Die vorstehend genannten Voraussetzungen sind durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

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

2. Höhe der Leistung

Für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen/Oberschenkelhalsbruch steht eine Versicherungssumme in vereinbarter Höhe zur Verfügung.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und nach dem in nachfolgender Tabelle anhand von Art und Dauer der Behandlung festgesetzten Prozentsatz für das Schmerzensgeld.

Schmerzensgeldtabelle:

<p>a) Vollstationär behandelte Knochenbruch (vollständige Fraktur)/Oberschenkelhalsbruch mit einem ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von</p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr als 30 Tagen - 7 bis 30 Tage - weniger als 7 Tage 	<p>100 % der Versicherungssumme 50 % der Versicherungssumme 25 % der Versicherungssumme</p>
<p>b) Ausschließlich ambulant behandelte Knochenbruch (vollständige Fraktur)/Oberschenkelhalsbruch</p>	<p>10 % der Versicherungssumme</p>

Das gestaffelte Schmerzensgeld wird einmal je versichertem Ereignis erbracht, auch bei mehreren Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Behandlungen auf Grund eines versicherten Ereignisses. Mehrere Frakturen auf Grund eines Ereignisses werden nicht addiert. Beim vollstationären Aufenthalt ist für die Leistungserbringung der längste Aufenthalt maßgebend.

Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden. Wird der Anspruch nicht innerhalb der vorgenannten Frist geltend gemacht, erlischt er allein durch Zeitablauf. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls.

Bestehen für die versicherte Person bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24) mehrere Unfallversicherungen, kann das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen/Oberschenkelhalsbruch nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

4. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

In Abweichung von Ziff. 3 AUB 2010 findet beim Oberschenkelhalsbruch eine Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen nicht statt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Reha-Beihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziff. 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) bieten wir entsprechend den nachfolgenden Regelungen Versicherungsschutz bei Reha-Aufenthalten:

1. Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 AUB 2010, der ihre körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauernd beeinträchtigt (Invalidität),
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt.

Das Vorliegen der vorstehend genannten Voraussetzungen ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

- 1.2** Als Reha-Maßnahmen gelten nicht Anschlussheilbehandlungen und vergleichbare, in direktem zeitlichen Zusammenhang nach einem Unfall stattfindende Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen und stationäre Weiterbehandlungen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2. Höhe der Leistung

Die Reha-Beihilfe wird einmal je Unfall in vereinbarter Höhe gezahlt. Dabei wird Ziff. 3 AUB 2010 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24) mehrere Unfallversicherungen, kann die Reha-Beihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente

Ergänzend oder alternativ zu Ziff. 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) leisten wir eine Unfall-Rente nach folgenden Bedingungen:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziff. 2.1.1 AUB 2010 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziff. 2.1.2.2.1 bis Ziff. 2.1.2.2.4 und Ziff. 3 AUB 2010 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.

2. Höhe der Leistung:

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

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

3. Beginn und Dauer der Leistung:

3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

- 3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziff. 9.4 AUB 2010 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.
- 3.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns diese Bescheinigung nicht unverzüglich übersenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

1. Ergänzend zu Ziff. 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) bieten wir auch Versicherungsschutz für
 - tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie
 - für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.
2. Wir übernehmen auch die nachgewiesenen Kosten für die Nutzung einer Dekompressionskammer, sofern die Nutzung medizinisch geboten war. Das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Besondere Bedingungen für die Vorsorge-Versicherung bei Geburt oder Adoption in der Unfallversicherung

1. Für das Kind der versicherten Person besteht ab der Geburt/Adoption bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres Versicherungsschutz für den Todes- und Invaliditätsfall ohne Progression. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Unfallversicherung für ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt/Adoption bereits bestand und zum Unfallzeitpunkt noch ungekündigt besteht.
2. Die Versicherungssummen für den Todesfall und für den Invaliditätsfall ohne Progression werden besonders vereinbart. Bestehen für die Eltern oder für ein Elternteil mehrere Unfallversicherungen bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24), die diese Vorsorge-Versicherung beinhalten, kann eine Entschädigung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
3. Sie müssen auf Aufforderung von uns, die auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen kann, innerhalb eines Monats nach Empfang dieser Aufforderung die Geburt/Adoption melden. Ausschlaggebend ist die auf die Geburt/Adoption folgende Aufforderung. Unterlassen Sie die rechtzeitige Meldung oder kommt innerhalb eines Monats nach Eingang der Meldung eine Vereinbarung über die Versicherung des Kindes nicht zu Stande, so entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Geburt/Adoption.
4. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010).
5. Weitere für den Vertrag des Elternteils vereinbarte Besondere Bedingungen gelten nicht für die Vorsorge-Versicherung des Neugeborenen/Adoptivkindes.

Besondere Bedingungen für die Vorsorge-Versicherung bei Heirat in der Unfallversicherung

1. Für den Ehepartner der versicherten Person besteht ab der Heirat bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres Versicherungsschutz für den Todes- und Invaliditätsfall ohne Progression. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Unfallversicherung zum Zeitpunkt der Heirat bereits bestand und zum Unfallzeitpunkt noch ungekündigt besteht. Hat Ihr Ehepartner minderjährige Kinder, so erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf diese. Dies gilt nicht, sofern für die Kinder bereits Versicherungsschutz über die Vorsorgeversicherung bei Geburt/Adoption bestanden hatte.
2. Die Versicherungssummen für den Todesfall und für den Invaliditätsfall ohne Progression werden besonders vereinbart. Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24), die diese Vorsorge-Versicherung beinhalten, kann eine Entschädigung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Sie müssen auf Aufforderung von uns, die auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen kann, innerhalb eines Monats nach Empfang dieser Aufforderung die Heirat und ggf. die Anzahl der Kinder melden. Ausschlaggebend ist die auf die Heirat folgende Aufforderung. Unterlassen Sie die rechtzeitige Mitteilung oder kommt innerhalb eines Monats nach Eingang der Meldung bei uns eine Vereinbarung über die Versicherung des Ehepartners und dessen Kinder nicht zu Stande, so entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Heirat.
4. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010).
5. Weitere für Ihren Vertrag vereinbarte Besondere Bedingungen gelten nicht für die Vorsorge-Versicherung des Ehepartners und dessen Kinder.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Rooming-In-Leistung für Kinder unter 14 Jahren

- Ergänzend zu Ziff. 2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) leisten wir ein vereinbartes Krankenhaus-Tagegeld auch gemäß den nachfolgend genannten Bedingungen:
1. Wird während der unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung des Kindes für einen Erziehungsberechtigten als Begleitung ein zusätzliches Krankenhausbett im Zimmer des Kindes bereitgestellt (Rooming-In), so verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für die Dauer der Begleitung, längstens für 100 Tage. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.
 2. Die Rooming-In-Leistung erbringen wir für Kinder, die zu Beginn der unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
 3. Bestehen für das versicherte Kind bei der HUK-COBURG Versicherungsgruppe (HUK-COBURG, HUK-COBURG-Allgemeine, HUK24) mehrere Versicherungen, die eine Rooming-In-Leistung vorsehen, so kann die Rooming-In-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Krankenhaus-Tagegeldes bei ambulanten Operationen in der Unfallversicherung

- Ergänzend zu Ziff. 2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) leisten wir ein vereinbartes Krankenhaus-Tagegeld gemäß den nachfolgenden Bestimmungen auch für unfallbedingte, ambulant durchgeführte Operationen:
1. Die versicherte Person unterzieht sich wegen eines unter den Vertrag fallenden Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden).
 2. Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird bei ambulanten Operationen für die Dauer der ununterbrochenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. vollständigen Beeinträchtigung der versicherten Person in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich gezahlt, längstens jedoch für 3 Tage. Ein Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld PLUS nach Ziff. 2.5 AUB 2010 besteht nicht.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen

- Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister. Die Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.
1. **Beratungsleistungen**

Bei einer drohenden oder eingetretenen Invalidität von mindestens 50 % erbringen wir nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall durch qualifizierte Dienstleister Beratungsleistungen folgender Art:

 - 1.1 **Medizinische Beratung**

Die versicherte Person kann sich über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung informieren. Die Beratung erstreckt sich auf Fragen der Diagnostik, der Akut-Behandlung und entsprechender Anschluss-Therapien.
 - 1.2 **Reha-Beratung**

Im Rahmen der Akut-Versorgung kann die versicherte Person eine persönliche Reha-Beratung in Anspruch nehmen, die in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten erfolgt. Ziel ist es, einen nahtlosen Übergang zwischen Akut-Versorgung und Anschluss-Rehabilitation zu ermöglichen.
 - 1.3 **Pflege-Beratung**

Bei Bedarf wird im Rahmen der Reha-Maßnahmen mit der versicherten Person, ihren Ärzten und Therapeuten die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen ermittelt und abgestimmt. Im Falle der häuslichen Pflege wird ein (soweit möglich am ständigen Aufenthaltsort der

versicherten Person ansässiger) Pflegedienst durch unseren Beratungsdienstleister empfohlen und nach Abstimmung mit der versicherten Person beauftragt. Der Umfang der Beauftragung wird auf Basis der Einschätzung der behandelnden Ärzte durch unseren qualifizierten Beratungsdienstleister mit der versicherten Person abgestimmt. Die Kosten für den Pflegedienst selbst werden im Rahmen der Beratungsleistungen nicht übernommen.

1.4 Beratung über Hilfsmittelversorgung, Umbau von Wohnung und Kraftfahrzeug

Bei Bedarf wird mit der versicherten Person, ihren Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept entwickelt, das mit den zuständigen Kostenträgern – unter Klärung von Fragen der Kostenübernahme – abgestimmt wird.

Bei Bedarf wird zur Erhaltung der Mobilität der behindertengerechte Umbau des Kraftfahrzeugs und ggf. der Wohnung der versicherten Person organisiert.

Kosten für die Durchführung der Umbaumaßnahmen und für die Anschaffung von Hilfsmitteln übernehmen wir nicht.

2. Hilfs- und Pflegeleistungen

2.1 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.1.2 Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziff. 2.2 aufgeführten Leistungen.

2.1.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziff. 3 AUB 2010 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

2.2 Welche Leistungen sind versichert?

2.2.1 Hilfsleistungen

2.2.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person und ggf. deren Ehe- oder Lebenspartner, mit dem die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und für dessen Verpflegung sie bisher gesorgt hat, mit täglich 1 Mittagsmenü aus dem Angebot des Dienstleisters.

2.2.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person 1-mal wöchentlich bis zu 3 Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

2.2.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu 2-mal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 25 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort.

2.2.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu 1-mal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 3 Stunden begrenzt.

2.2.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person und pflegen deren Schuhe bis zu 1-mal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 2 Stunden begrenzt.

2.2.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

2.2.1.7 Betreuung und Versorgung von Kindern

Wir erbringen für Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, folgende Leistungen:

- Betreuung (z. B. bei Hausaufgaben)

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person. Art und Ausmaß der Betreuung legen wir anhand von Alter und Selbstständigkeit des Kindes/der Kinder fest.

- Versorgung mit täglich einem Mittagsmenü

Ggf. weitere Mahlzeiten richten sich in Art und Umfang nach Alter und Selbstständigkeit des Kindes/der Kinder.

- Fahrdienst zu notwendigen Terminen (z. B. zu Arztterminen, zur Schule)

Der Fahrdienst wird innerhalb eines Umkreises von 25 km von der Wohnung der versicherten Person gewährleistet, soweit diese Fahrten von der versicherten Person erbracht worden wären.

Im Notfall erbringen wir die oben genannten Leistungen direkt nach dem Unfall höchstens über einen Zeitraum von 48 Stunden am Stück. Danach steht für die Leistungen insgesamt ein Zeitrahmen von bis zu 10 Stunden täglich zur Verfügung.

Unsere Leistungen enden nach maximal 14 Tagen, gerechnet ab dem Unfallzeitpunkt.

Unabhängig davon entfallen unsere Leistungen ganz oder teilweise, wenn Betreuung, Versorgung und Fahrdienst anderweitig, z. B. von einem Verwandten der versicherten Person, übernommen werden können.

2.2.2 Organisation von Hilfsleistungen mit Kostenersatz

Zusätzlich zu den in Ziff. 2.2.1.1 bis 2.2.1.7 aufgeführten Leistungen organisieren wir auf Ihren Wunsch folgende Hilfsleistungen, für die wir auch im vereinbarten Rahmen die Kosten übernehmen:

2.2.2.1 Medikamentenanlieferung

Wir organisieren die Anlieferung von Medikamenten, die der versicherten Person ärztlich verordnet worden sind und übernehmen die für die Lieferung anfallenden Kosten in einem Umkreis von bis zu 25 km von ihrem Aufenthaltsort.

2.2.2.2 Unterbringung von Haustieren

Wir organisieren die Unterbringung und Versorgung der Haustiere der versicherten Person in einer Tierbetreuungsstätte. Die Kosten für die Unterbringung und Versorgung übernehmen wir für die Dauer von maximal 4 Wochen.

2.2.3 Pflegeleistungen

2.2.3.1 Die versicherte Person erhält von uns bis zu 2-mal täglich bis zu 2 Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

2.2.3.2 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person ausschließlich von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (bis zu zwei Personen) einmalig für die Aufgaben der täglichen Pflege durch Fachpersonal geschult.

2.3 Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

2.3.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziff. 2.1.1 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von 9 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet; dies gilt, soweit im Einzelfall kein kürzerer Zeitraum bestimmt ist.

2.3.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziff. 2.2 und 2.3.1 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.4 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades sowie von Schwiegereltern

2.4.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziff. 2.2 auch für Ehe-, Lebenspartner, Verwandte 1. Grades sowie Schwiegereltern der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.

- Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

2.4.2 Dauer der Leistung

2.4.2.1 Wir erbringen die Leistungen nach Ziff. 2.2 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziff. 2.4.1 erfüllt.

2.4.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und

Pflegeleistungen bis zu 1 Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziff. 2.4.2.4.

2.4.2.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen 1 Monat nach der Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

2.4.2.4 Unsere Leistungen nach Ziff. 2.4 enden spätestens 9 Monate nach dem Unfall der versicherten Person; dies gilt, soweit im Einzelfall kein kürzerer Zeitraum bestimmt ist.

2.5 Regelung für Personen mit vor dem Unfall anerkannter Pflegestufe

Ergänzend zu Ziff. 4.1 AUB 2010 sind für die Versicherung von Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert Personen, für die eine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde. Ziff. 4.3 AUB 2010 gilt entsprechend für den seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitragsanteil für die Versicherung von Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen.

2.6 Was ist nach dem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziff. 7 AUB 2010 gelten folgende Obliegenheiten:

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

Dies gilt auch für Personen, die gem. Ziff. 2.4 unsere Leistungen erhalten.

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

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

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziff. 8 AUB 2010 entsprechend.

3. Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

4. Beitragsanpassungsklausel

Den für die Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen anpassen.

Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Indexes.

Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Indexes seit der letzten Beitragsfestsetzung. Liegt die Veränderung unter 5 %, so entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen. Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

Erhöht sich der Beitrag, können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die versicherten Beratungs-, Hilfs- und Pflegeleistungen kündigen. Der Unfallversicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Beratungs- und Hilfsleistungen in der Kinder-Unfallversicherung

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Beratungs- und Hilfsleistungen.

Zur Erbringung der Beratungs- und Hilfsleistungen bedienen wir uns qualifizierter Dienstleister.

Die Beratungs- und Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

Da vor Erbringung unserer Beratungs- und Hilfsleistungen nicht immer abschließend geprüft werden kann, ob und inwieweit Versicherungsschutz besteht, ist mit der Erbringung der Beratungs- und Hilfsleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden.

1. Beratungsleistungen

1.1. Telefonische Erstberatung

Im Falle einer drohenden Entwicklungsstörung auf Grund eines nach Ziff. 1 AUB 2010 versicherten Unfalls können sich die versicherte Person

bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigte von unserem medizinischen Beratungsdienst über die weiteren medizinischen Möglichkeiten telefonisch beraten lassen.

Die Kosten für die Beratung werden im vereinbarten Umfang von uns übernommen.

1.2. Weitere Beratungsleistungen

Bei einer drohenden oder eingetretenen Invalidität von mindestens 50 % erbringen wir nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall durch qualifizierte Dienstleister Beratungsleistungen folgender Art:

1.2.1 Medizinische Beratung

Die versicherte Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigte können sich über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung informieren. Die Beratung erstreckt sich auf Fragen der Diagnostik, der Akut-Behandlung und entsprechender Anschluss-Therapien.

1.2.2 Reha-Beratung

Im Rahmen der Akut-Versorgung kann / können die versicherte Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigte eine persönliche Reha-Beratung in Anspruch nehmen, die in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten erfolgt. Ziel ist es, einen nahtlosen Übergang zwischen Akut-Versorgung und Anschluss-Rehabilitation zu ermöglichen.

1.2.3 Pflege-Beratung

Bei Bedarf wird im Rahmen der Reha-Maßnahme mit der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten, den Ärzten und Therapeuten die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen ermittelt und abgestimmt. Im Falle der häuslichen Pflege wird ein (soweit möglich am ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person ansässiger) Pflegedienst durch unseren Beratungsdienstleister empfohlen und nach Abstimmung mit der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten beauftragt. Der Umfang der Beauftragung wird auf Basis der Einschätzung der behandelnden Ärzte durch unseren qualifizierten Beratungsdienstleister mit der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten abgestimmt. Die Kosten für den Pflegedienst selbst werden im Rahmen der Beratungsleistungen nicht übernommen.

1.2.4 Beratung über Hilfsmittelversorgung, Umbau von Wohnung und Kraftfahrzeug

Bei Bedarf wird mit der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept entwickelt, das mit den zuständigen Kostenträgern – unter Klärung von Fragen der Kostenübernahme – abgestimmt wird.

Bei Bedarf wird zur Erhaltung der Mobilität der behindertengerechte Umbau des Kraftfahrzeuges und ggf. der Wohnung, in der die versicherte Person lebt, organisiert.

Kosten für die Durchführung der Umbaumaßnahmen und für die Anschaffung von Hilfsmitteln übernehmen wir nicht.

1.2.5 Psychologische Erstberatung

Die Eltern / Erziehungsberechtigten des versicherten Kindes können bis zu drei Beratungen unseres psychologischen Beratungsdienstes in Anspruch nehmen.

2. Hilfsleistungen

2.1 Bei einer drohenden oder eingetretenen Invalidität von mindestens 50 % erbringen wir nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall zur vorübergehenden Unterstützung und Entlastung der Familie der versicherten Person durch qualifizierte Dienstleister Hilfsleistungen folgender Art:

2.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person täglich mit einem Mittagmenü aus dem Angebot des Dienstleisters.

2.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die Familie der versicherten Person einmal wöchentlich bis zu drei Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Anfallende Gebühren und Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

2.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von 25 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort.

2.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der Familie der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf drei Stunden begrenzt.

2.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der Familie der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich zwei Stunden begrenzt.

2.1.6 Betreuung von Geschwistern

Wir betreuen (z. B. bei Hausaufgaben) Geschwister der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben und das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der Eltern.

Art und Ausmaß der Betreuung legen wir anhand von Alter und Selbstständigkeit des zu betreuenden Kindes bzw. der zu betreuenden Kinder fest.

2.2. Dauer der Hilfsleistungen und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

2.2.1 Wie lange werden die Hilfsleistungen erbracht?

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziff. 2.1 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von drei Monaten; dies gilt, soweit im Einzelfall kein kürzerer Zeitraum bestimmt ist.

2.2.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziff. 2.1 und Ziff. 2.2.1 Hilfsleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.3. Was ist nach dem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)

Ergänzend zu Ziff. 7 AUB 2010 gelten folgende Obliegenheiten:

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

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

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

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziff. 8 AUB 2010 entsprechend.

3. Rechtsverhältnis zum Dienstleister

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Kosten für von der versicherten Person bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

4. Beitragsanpassungsklausel

Den für die Beratungs- und Hilfsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen anpassen.

Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Indexes.

Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Indexes seit der letzten Beitragsfestsetzung. Liegt die Veränderung unter 5 %, so entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen. Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

Erhöht sich der Beitrag, können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die versicherten Beratungs- und Hilfsleistungen kündigen. Der Kinder-Unfallversicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

C) Die folgenden Besonderen Bedingungen gelten für die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen im Heilwesen in Ausübung ihrer versicherten Berufstätigkeit:

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen 2010)

Für Unfallversicherungen von Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, der Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, des Krankenpflegers (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in), von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

ter/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in), von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziff. 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziff. 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziff. 2.1.1.1 AUB 2010 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

– innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziff. 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) auf Gesundheitsschädigungen durch Infektionen erweitert.

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziff. 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

1.4 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu Stande kommen und Berufskrankheiten sind.

2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziff. 2.1.1.1 AUB 2010 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

– innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung (BB Röntgen- und Laserstrahlen 2010)

(für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang auf Strahlenschäden erweitert:

1. Abweichend von Ziff. 5.2.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010) sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an den Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Verband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

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

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

Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

– Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.

– Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens DREI Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

– Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

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

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite und Bausparen, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, beispielsweise die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung, der Vertrieb und der Datenschutz. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Ihre Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge und das versicherte Risiko bzw. die Versicherungssumme, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann u. a. eingehende Post

immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen und der HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg zur Wahrnehmung der oben genannten zentralen Funktionen. Für alle zugriffsberechtigten Mitarbeiter gelten die gleichen Pflichten bei der Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

**HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse
kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg**

HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG

HUK-COBURG-Bausparkasse AG

HUK24 AG

HUK-COBURG-Assistance GmbH

**BRUDERHILFE Sachversicherung AG
im Raum der Kirchen**

BRUDERHILFE Rechtsschutz Schadenregulierungs-GmbH

**FAMILIENFÜRSORGE Lebensversicherung AG
im Raum der Kirchen**

**PAX-FAMILIENFÜRSORGE Krankenversicherung AG
im Raum der Kirchen**

GSC Service- und Controlling GmbH

IPZ Institut für Pensions-Management und Zusatzversorgung GmbH

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. Kreditinstitute im Rahmen der Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch unsere Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch von Ihnen aufgesuchte Vermittlungsgesellschaften.

Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder unserer Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers, **96444 Coburg**. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.