VERTRAGSGRUNDLAGEN

Unfallversicherung

Stand: 01.05.2025

DOMCURA

LEISTUNGSÜBERSICHT
Unfallkonzept

Versichert sind Unfälle, die Ihnen und/oder einer anderen versicherten Person zustoßen. Die Unfallversicherung gilt grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle).

	Standard-Schutz	Komfort-Schutz	Top-Schutz
Garantien			
• Garantie auf den Standard des GDV und des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“	ja	ja	ja
• Innovationsgarantie (Automatische Anpassung an unsere künftigen Leistungsverbesserungen)	ja	ja	ja
TOP HIGHLIGHT • Marktgarantie (gegen Mehrbeitrag im Top-Schutz abschließbar) (Im Schadenfall gelten auf unseren Umfang die bestmöglichen Leistungen des deutschen Versicherungsmarktes)	nein	nein	ja
• Leistungsgarantie (Garantiert den Versicherungsschutz des Vorvertrages)	nein	nein	ja
Erweiterter Unfallbegriff			
• Erfrieren, Ertrinken, Ersticken, Sonnenbrände sowie Sonnenstiche	ja	ja	ja
• Tauchtypische Gesundheitsschädigungen	ja	ja	ja
• Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund sind mitversichert	nein	ja	ja
Bewusstseinsstörungen			
• Unfälle wegen Bewusstseinsstörungen durch unfreiwillige Einnahme von Drogen oder K.O.-Tropfen	nein	ja	ja
• Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch epileptische Anfälle, Übermüdung, Erschrecken, Ohnmacht	nein	nein	ja
• Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herz- und Kreislaufstörungen, Herzinfarkt sowie Schlaganfall	nein	ja	ja
• Unfall wegen Bewusstseinsstörungen durch Alkohol	ja (bei Führen eines Kfz jedoch max. 1,3 ‰	ja (bei Führen eines Kfz jedoch max. 1,3 ‰	ja (bei Führen eines Kfz jedoch max. 1,5 ‰
Infektionen			
TOP HIGHLIGHT • Infektionen wie z. B. Tetanus & Tollwut	ja	ja	ja
• Infektionen nach Insektenstich oder -biss (z. B. durch Zecken)	nein	ja	ja
• Allergische Reaktion nach Infektionen oder Insektenstichen	nein	nein	ja
• Gesundheitsschäden nach Schutzimpfungen	nein	ja	ja
Erhöhte Kraftanstrengungen & Eigenbewegungen			
• Schäden an Muskeln, Sehnen, Bänder, Bauch- und Unterleibsbrüche	ja	ja	ja
• Schäden an Knochen und Menisken	nein	ja	ja
Fristen			
• Eintritt der Invalidität	15 Monate	18 Monate	24 Monate
• Ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Invalidität	18 Monate	24 Monate	36 Monate
• Neubemessung des Invaliditätsgrades auf Wunsch VN	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre
Mitwirkungsanteil			
• Mitwirkungsanteil von unter ... % wird nicht angerechnet	25 %	50 %	100 % TOP HIGHLIGHT
Sonstige Leistungen			
• Sofortleistung bei Schwerverletzungen	nein	10.000,-	20.000,-
• Vereinbartes Krankenhaustagesgeld für die Dauer von ...	1 Jahre	3 Jahre	5 Jahre
• Anspruch auf Genesungsgeld nach Krankenhaustagegeld	nein	ja, max. 250 Tage	ja, max. 750 Tage
• Erheblich verbesserte Gliedertaxe	nein	ja	ja

DOMCURA

	Standard-Schutz	Komfort-Schutz	Top-Schutz
Todesfall			
• Verschollenheit gilt als Todesfall	ja	ja	ja
• Kein Einwand von nicht versicherten Bewusstseinsstörungen bei Unfalltod bis	nein	nein	10.000,-
• Tod infolge Unfall bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	nein	Verdoppelung Todesfallsumme, max. 15.000,-	Verdoppelung Todesfallsumme, max. 50.000,-
Kosten			
• Kosmetische Operationen	12.500,-	100.000,-	500.000,-
• Such- und Bergungskosten	12.500,-	100.000,-	500.000,- (für Unfälle innerhalb Deutschlands) 1.000.000,- (für Unfälle außerhalb Deutschlands) TOP HIGHLIGHT
• Ärztlich angeordnete Transporte zum Krankenhaus/Spezialklinik	12.500,-	100.000,-	500.000,-
• Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	nein	20.000,-	30.000,-
• Überführungskosten bei Unfalltod	12.500,-	100.000,-	500.000,-
• Kosten für Dekompressionskammer nach tauchtypischen Gesundheitsschädigungen	nein	100.000,-	500.000,-
• Medizinische Hilfsmittel	nein	25.000,-	50.000,-
• Personaltrainer	nein	nein	1.000,-
• Rehabilitationsmaßnahmen	nein	25.000,-	500.000,-
• Umschulungsmaßnahmen	nein	25.000,-	500.000,-
• Zahnersatzkosten	nein	50.000,-	500.000,-
• Haushaltshilfegeld	nein	ja, max. 60 Tage	ja, max. 180 Tage
• Komageld, nach einem Unfall oder künstlichem Koma nach Unfall	nein	15,-/Tag max. 1 Jahr	30,-/Tag max. 3 Jahre
• Helmbonus (Erhöhung der Invaliditätssumme beim Tragen eines nicht vorgeschriebenen Helms) TOP HIGHLIGHT	+10 % max. 10.000,-	+25 % max. 25.000,-	+25 % max. 50.000,-
• Kosmetische Behandlung	nein	nein	20.000,-
• Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderrissen	nein	nein	500,- (stationär und ambulant) 1.000,- (bei offenen Brüchen)
• Kosten für psychologische und logopädische Soforthilfe nach einem Unfall	nein	10 Sitzungen	25 Sitzungen
• Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren	150,-	500,-	1.000,-
Familienvorsorge			
• Beitragsfreie Mitversicherung von neu verheirateten Ehepartnern sowie Kindern	nein	bis zur VS der höchstvers. Person, max. Inv. = 80.000,- max. Tod = 10.000,-	bis zur VS der höchstvers. Person, max. Inv. = 100.000,- max. Tod = 10.000,-
Beitragbesonderheiten			
• Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	bis zur 3. Hauptfälligkeit	bis zur 3. Hauptfälligkeit	bis zur 3. Hauptfälligkeit
Kinderunfallversicherung			
• Beitragsbefreiung bei Tod des VN	ja, bis zum 18. Lj.	ja, bis zum 18. Lj.	ja, bis zum 18. Lj.
• Beitragsbefreiung bei Vollinvalidität des VN	nein	ja, bis zum 18. Lj.	ja, bis zum 18. Lj.
• Rooming-In Leistung	60,- / Übernachtung, max. 1 Jahr	60,- / Übernachtung, max. 1 Jahr	60,- / Übernachtung, ohne Begrenzung
• Unfälle durch Herstellung und Gebrauch von Feuerwerkskörpern bis zum 18. Lebensjahr	ja	ja	ja
• Nachhilfekosten	30,- / Tag, max. 100 Tage	30,- / Tag, max. 100 Tage	30,- / Tag, max. 100 Tage
• Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Zahnspange	1.500,-	1.500,-	1.500,-
• Unerlaubtes Fahren von Land- oder Wasserfahrzeugen durch Kinder	ja	ja	ja
Gegen Beitragszuschlag versicherbar	**Standard-Schutz**	**Komfort-Schutz**	**Top-Schutz**
Baustein „First Aid“			
• Ein- oder Zweibettzimmer	ja	ja	ja
• Chefarztbehandlung im Krankenhaus	ja	ja	ja
• Kostenübernahme bis... (Inland/Ausland)	50.000,- / 500.000,-	50.000,- / 500.000,-	50.000,- / 500.000,-
• Verlegungskosten	5.000,-	5.000,-	5.000,-
Baustein „Unfall-Rente PLUS“			
• Leistungen bereits ab 35 % unfallbedingtem Invaliditätsgrad	nein	nein	ja

Alle Beträge in Euro. Die Leistungsübersicht bezieht sich auf die Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung (Stand 01.05.2025) und ist stark verkürzt wiedergegeben. Eventuell fehlende und in vorherigen Übersichten enthaltene Leistungen bedeuten nicht zwingend, dass diese nicht mehr abgedeckt sind. Maßgeblich ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen.

DOMCURA

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DOMCURA / NORDVERS
Unfallkonzept

Versicherer:

Barmenia Allgemeine Versicherung-AG, Baloise Sachversicherung AG, Rhion Versicherung AG, RheinLand Versicherungs-AG; Deutschland

Den für Ihren Vertrag gültigen Versicherer entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen und Ihren konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen) für die Unfallversicherung. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Unfallversicherung an. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.

Was ist versichert?

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

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen);
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen;
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen;
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze;
- ✓ Todesfallleistung.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung
- ✗ Unfälle als Luftfahrzeugführer,
- ✗ Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden;
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung).

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Rauschmittelkonsum;
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat;
- ! Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen verursacht sind.
- ! Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammetreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

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

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der vollständigen Zahlung.

Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens 1 Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie haben das Recht den Vertrag jederzeit zu kündigen, bei einem mehrjährigen Vertrag jedoch erstmalig zum vereinbarten Ablauf. Für die Wirksamkeit Ihrer Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang des Kündigungsschreibens bei uns maßgeblich.

Eine Kündigung bedarf grundsätzlich der Textform (z. B. per E-Mail, Telefax oder Brief).

Hinweise für Ihre Unfallversicherung

Das Wichtigste in Kürze:

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte unverzüglich. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen. Wie Sie uns erreichen können, finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein. Oder informieren Sie sich online auf www.domcura.de/.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Versicherungsbedingungen.

Sie setzen sich zusammen aus den Regelungen zur Unfallversicherung und den jeweils dazu abgeschlossenen Erweiterungen. Diese Versicherungsbedingungen, der Antrag und der Versicherungsschein legen den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Genial

Vor allem nach einem Unfall können Sie alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Sie können hierfür ganz einfach in die jeweilige Spalte der Leistungsübersicht oder auf die jeweilige Überschrift klicken (sowie die Taste „Strg“ gedrückt halten) und gelangen zu der dazugehörigen Regelung.

Einfach

Auch wir kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Sicher

Auch für die Zukunft sind Sie sicher mit uns aufgestellt.

Hierfür sprechen wir verschiedene Garantien aus.

Beispielsweise profitieren Sie durch unsere Innovationsgarantie automatisch an künftigen Verbesserungen im Versicherungsschutz.

Wichtige Begriffe:

Versicherungsnehmer	Das sind Sie als unserer Vertragspartner.
Versicherte Person	Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.
Ausschlüsse	Nicht alles was passiert, ist vom Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung umfasst. Was nicht versichert ist, erklären wir Ihnen im Abschnitt Ausschlüsse und Einschränkung der Leistungspflicht. Weitere Leistungseinschränkungen können sich unter anderem auch aus dem Unfallbegriff und der Beschreibung der versicherten Leistungen ergeben.
Obliegenheiten	Obliegenheiten beschreiben sämtliche Verhaltenspflichten, die Sie und die versicherten Personen beachten müssen. Wenn Sie Obliegenheiten verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Vertragsgrundlagen Ihres Assekuradeurs

zur

Unfallversicherung

(Stand 01.10.2024)

Inhaltsübersicht

I. Allgemeine Kundeninformationen 2

II. Bedingungen zur Unfallversicherung 7

A Allgemeine Versicherungsbedingungen 7

B Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz (AUB 2024 - Standard) 18

C Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Komfort-Schutz (BB-Komfort-Schutz) 39

D Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz (BB-Top-Schutz) 51

E Besondere Bedingungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr (BB-Kinderunfall) 67

F Besondere Bedingungen zur Marktgarantie für die Unfallversicherung (BB-Marktgarantie) 69

G Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Unfallrente-Plus (BB-Rente-Plus) 72

H Besondere Bedingungen für den Zuwachs von Leistungen und Beitrag - Dynamik (BB-Dynamik) 74

I Progressionsstaffeln 76

J Besondere Bedingungen für den Baustein „First Aid“ (BB-First Aid) 80

Je nach individueller Ausgestaltung Ihres Vertrages ist es möglich, dass einzelne Teile der Kundendokumente für Ihre Versicherung nicht relevant sind. Die genauen für Sie relevanten Bestandteile entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. dem Versicherungsschein.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

I. Allgemeine Kundeninformationen

Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Angebot.

1. Rhion Versicherung AG

1. Identität des Versicherers:

Name:	**Rhion Versicherung AG**
Anschrift:	RheinLandplatz 41460 Neuss
Telefon:	+49 2131 / 290 0
Fax:	+49 2131 / 290 13 300
	Internet: www.rhion.de
Rechtsform:	Aktiengesellschaft
Sitz:	Neuss
Handelsregister:	Amtsgericht Neuss - HRB 13420

2. Identität des Versicherers im Ausland:
Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:
Rhion Versicherung AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Aufsichtsratvorsitzender:	Wihelm Ferdinand Thywissen
Vorstand:	Dr. Arne Barinka, Lutz Bittermann, Dr. Ulrich Hilp, Andreas Schwarz

4. **Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde**
Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

2. RheinLand Versicherungs AG

1. Identität des Versicherers:

Name:	**RheinLand Versicherungs AG**
Anschrift:	RheinLandplatz 41460 Neuss Telefon: +49 2131 / 290 0 Fax: +49 2131 / 290 13 300 Internet: www.rheinland-versicherungen.de
Rechtsform:	Aktiengesellschaft
Sitz:	Neuss
Handelsregister:	Amtsgericht Neuss AG 1477

2. Identität des Versicherers im Ausland:
Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:
RheinLand Versicherungs AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Aufsichtsratsvorsitzender:	Anton Werhahn
Vorstand:	Dr. Arne Barinka, Lutz Bittermann, Dr. Ulrich Hilp, Andreas Schwarz

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde
Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

3. Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

1. Identität des Versicherers:

Name:	**Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG**
Anschrift	Barmenia-Allee 1 42119 Wuppertal Telefon: +49 202 438-00 Fax: +49 202 438-2846 Internet: www.barmenia.de
Rechtsform:	Aktiengesellschaft
Sitz:	Wuppertal
Handelsregister:	Amtsgericht Wuppertal HRB 3033

2. Identität des Versicherers im Ausland
Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 16
42119 Wuppertal

Aufsichtsratsvorsitzender:	Dr. h. c. Josef Beutelmann
Vorstand:	Thomas Bischof (Vorsitzender), Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Epple, Dr. Andreas Eurich, Frank Lamsfuß, Christian Ritz, Oliver Schoeller

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde
Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

4. Baloise Sachversicherung AG Deutschland

1. Identität des Versicherers:

Name:	**Baloise Sachversicherung AG Deutschland**
Anschrift	Basler Straße 4 61352 Bad Homburg v.d.H. Telefon: +49 6172 125-4600 Fax: +49 6172 125-4056 Internet: www.helvetia.de
Rechtsform:	Aktiengesellschaft
Sitz:	Bad Homburg v.d.H.
Handelsregister:	Amtsgericht Bad Homburg v.d.H. - HRB 9357

2. Identität des Versicherers im Ausland
Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers
Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v.d.H.

Aufsichtsratsvorsitzender:	Andreas Burki
Vorstand:	Dr. Jürg Schiltknecht (Vorsitzender), Annette Elzenheimer, Burkhard Gierse, Dr. Matthias Hilgert, Dr. Barbara Ries, Christoph Willi

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde
Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Für die vorgenannten Versicherer handeln wir namens und in Vollmacht als Ihr Assekuradeur aus Kiel:

DOMCURA AG

Anschrift:	Theodor-Heuss-Ring 49 24113 Kiel
Aufsichtsratsvorsitzender:	Manfred Bauer
Vorstand:	Lars Fuchs (Vorsitzender), Marcus Wollny, Nadja Koch-Schuffenhauer
Handelsregister:	Amtsgericht Kiel – HRB 5548

Nordvers GmbH

Anschrift:	Theodor-Heuss-Ring 49 24113 Kiel
Geschäftsführung:	Lars Fuchs (Hauptgeschäftsführer), Marcus Wollny, Nadja Koch-Schuffenhauer
Handelsregister:	Amtsgericht Kiel – HRB 4275

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung
Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich nach vorliegendem Antrag aus den hierfür maßgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie ggf. Besonderen Bedingungen, Risikobeschreibungen, Klauseln, Pauschaldeklarationen und Sicherungsrichtlinien sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Diese Unterlagen enthalten auch Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung.

Gesamtpreis
Der konkrete Gesamtpreis (Beitrag) zur Versicherung ist im Angebot bzw. Antrag detailliert ausgewiesen.

Beitragszahlung
Grundsätze:
Die Grundsätze der Beitragszahlung sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
Die Folgebeiträge sind jeweils am Ersten des Monats fällig, in dem die neue Versicherungsperiode beginnt. Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sind diese am Ersten des jeweiligen Monats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
Für monatliche Zahlungsweise ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates Voraussetzung. Ist monatliche Zahlungsweise vereinbart und entfällt das SEPA-Lastschriftmandat oder kann eine Abbuchung nicht durchgeführt werden, so wird auf vierteljährliche Zahlungsweise umgestellt.

SEPA-Lastschriftmandat:
Im Falle einer Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates gilt Folgendes:
Sie ermächtigen uns widerruflich, die zu entrichtenden Versicherungsbeiträge zu Lasten des von Ihnen genannten Kontos mittels Einziehungsauftrag (Lastschrift) einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten aus dem Widerspruch gegen eine berechtigte Abbuchung oder Rücklastschrift mangels ausreichender Kontodeckung gehen zu Ihren Lasten.
Sie können innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gültigkeit
Die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Angebotsinformationen bzgl. der Bedingungen, Bestimmungen und Beiträge ist auf zwei Monate befristet, sofern nicht im Angebot ein anderer Zeitraum benannt ist.

Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes
Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins beim Versicherungsnehmer zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf der Widerspruchsfrist zahlt.
An Ihren Antrag sind Sie einen Monat gebunden.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) widerrufen.
Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DOMCURA AG / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel
Telefax: +49 431 54654-666 – E-Mail: info@domcura.de

bzw. an:

Nordvers GmbH / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel
Telefax: +49 431 54654-666 – E-Mail: info@nordvers.com

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Auf unser Recht, den Teil der Prämie einzubehalten, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;

3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

   b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

9 Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während welcher der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;

12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;

14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;

15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;

16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang, dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;

17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit des Vertrages
Versicherungsverträge von ein- und mehrjähriger Dauer verlängern sich um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn nicht eine Kündigung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) vor dem jeweiligen Ablauf einem der beiden Vertragspartner zugegangen ist.

Beendigung bzw. Kündigung des Vertrages
Der Versicherungsnehmer hat das Recht den Vertrag jederzeit zu kündigen, bei mehrjährigen Verträgen jedoch erstmalig zum vereinbarten Ablauf. Für die Wirksamkeit seiner Kündigung ist der vom Versicherungsnehmer angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang des Kündigungsschreibens beim Versicherer maßgeblich.

Der Versicherer hat das Recht den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf zu kündigen. Die Kündigung muss in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) erfolgen. Weitere Möglichkeiten der Vertragsbeendigung enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

II. Bedingungen zur Unfallversicherung
A Allgemeine Versicherungsbedingungen

Soweit im Versicherungsschein und seinen Nachträgen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für alle beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Sparten.

Inhaltsübersicht

1 Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung

1.1 Beginn des Versicherungsschutzes
1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode
1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbetrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung
1.4 Folgebeitrag
1.5 Lastschriftverfahren
1.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
1.7 Teilzahlung und Folgen verspäteter Zahlung
1.8 Anpassung des Beitrages

2 Dauer und Ende des Vertrages, Kündigung

2.1 Dauer und Ende des Vertrags
2.2 Kündigung nach Versicherungsfall

3 Anzeigepflichten bis zum Vertragsschluss

3.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
3.2 Rechtsfolgen bei Verletzung der Anzeigepflicht
3.3 Frist und Form für die Ausübung der Rechte des Versicherers
3.4 Hinweispflicht des Versicherers
3.5 Ausschluss von Rechten des Versicherers
3.6 Anfechtung
3.7 Erlöschen der Rechte des Versicherers
3.8 Erweiterte Anerkennung

4 Garantien

4.1 Innovationsklausel – Änderung des Leistungsumfangs
4.2 GDV-Basis-Garantie
4.3 Arbeitskreisgarantie

5 Weitere Bestimmungen

5.1 Erklärung und Anzeigen, Anschriftenänderung
5.2 Vollmacht des Versicherungsvertreters
5.3 Verjährung
5.4 Wechsel des Versicherers
5.5 Meinungsverschiedenheiten und Gerichtsstände
5.6 Anzuwendendes Recht
5.7 Rechtsweg – Örtlich zuständiges Gericht
5.8 Embargobestimmung

1 Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung

1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies gilt vorbehaltlich der Regelungen über die Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags.

1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode

1.2.1 Betragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt.

1.2.2 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Vertragsdauer länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als ein Jahr, so entspricht die Versicherungsperiode der Vertragsdauer.

1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbetrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung

1.3.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrages

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

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

Zahlt der Versicherungsnehmer nicht unverzüglich nach dem in Absatz 1 oder 2 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung veranlasst ist.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen

1.3.2 Rücktrittsrecht des Versicherers bei Zahlungsverzug

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig nach Ziffer 1.3.1 gezahlt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht veranlasst ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

1.3.3 Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig nach Ziffer 1.3.1 zahlt, so ist der Versicherer für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet. Voraussetzung ist, dass er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

Die Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung zu vertreten hat.

1.4 Folgebeitrag

1.4.1 Fälligkeit

Ein Folgebeitrag wird entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils zu Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeginn oder zu einem anderen vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit veranlasst wird.

1.4.2 Verzug und Schadenersatz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nur, wenn er die verspätete Zahlung zu vertreten hat.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug, ist der Versicherer berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

1.4.3 Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung betragen.

Die Mahnung ist nur wirksam, wenn der Versicherer je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags sowie der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und auf die Rechtsfolgen (Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht) hinweist.

1.4.4 Leistungsfreiheit nach Mahnung

Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

1.4.5 Kündigung nach Mahnung

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug, kann der Versicherer nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden. Mit Fristablauf wird die Kündigung wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

1.4.6 Zahlung des Beitrages nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung veranlasst wird. Wenn die Kündigung mit der Zahlungsfrist verbunden worden ist, wird sie unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach Fristablauf veranlasst wird.

Die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Ziffer 1.4.4 bleibt bis zur Zahlung bestehen

1.4.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wird der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer arbeitslos, gilt für die Zahlung des Folgebeitrags gemäß Ziffer 1.4.1 Folgendes vereinbart:

Für die beitragsfreie Weiterführung des Vertrages ist Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 2 Jahre ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis stand.

Als Selbstständiger mindestens 2 Jahre lang ununterbrochen im Rahmen desselben Unternehmens oder Betriebs tätig gewesen.

Für geringfügig Beschäftigte gilt diese Möglichkeit der Beitragsbefreiung nicht.

Wird der Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrages ohne eigenes Verschulden arbeitslos und weist er dies entsprechend nach, so wird der Versicherungsvertrag von Beginn der Arbeitslosigkeit bis zur dritten auf diesen Zeitpunkt folgenden Hauptfälligkeit beitragsfrei gestellt.

Bereits bezahlte Beiträge werden ab Eintritt der Arbeitslosigkeit zeitanteilig für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit zurückerstattet. Der beitragsfreie Zeitraum endet mit der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers, spätestens mit der dritten auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Hauptfälligkeit. Danach wird der Vertrag unverändert jedoch beitragspflichtig weitergeführt.

Die Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit ist vom Versicherungsnehmer während des beitragsfreien Zeitraumes unverzüglich anzuzeigen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer es, die Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit während des beitragsfreien Zeitraumes unverzüglich anzuzeigen und ereignet sich nach dem Zeitpunkt, zu dem Versicherer diese Anzeige hätte zugehen müssen, ein Versicherungsfall, so besteht unter der Voraussetzung Versicherungsschutz, dass die

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Beitragszahlungen, die vom Versicherungsnehmer seit diesem Zeitpunkt hätten geleistet werden müssen, unverzüglich nachgeholt werden.

Befindet sich der Versicherungsnehmer mit der Beitragszahlung in Verzug, gelten die Ziffern 1.4.2 und 1.4.5 fort.

1.5 Lastschriftverfahren

1.5.1 Pflichten des Versicherungsnehmers

Ist zur Einziehung des Beitrags das Lastschriftverfahren vereinbart worden, hat der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des Kontos zu sorgen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

1.5.2 Fehlgeschlagener Lastschrifteinzug

Hat es der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge, trotz wiederholtem Einziehungsversuch, nicht eingezogen werden können, ist der Versicherer berechtigt, das SEPA-Lastschriftmandat in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen.

Der Versicherer hat in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln.

Von Kreditinstituten erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt werden.

1.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

1.6.1 Allgemeiner Grundsatz

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

1.6.2 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt, Anfechtung und fehlendem versicherten Interesse

1.6.2.1 Widerruf

Widerruft der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, hat der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass der Versicherer in der Widerrufsbelehrung auf das Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.
Ist die Widerrufsbelehrung nach Satz 2 unterblieben, hat der Versicherer zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen hat.

1.6.2.2 Rücktritt

Tritt der Versicherer wegen Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurück, so steht ihm der Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu. Wird der Versicherungsvertrag durch Rücktritt des Versicherers beendet, weil der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, so steht dem Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

1.6.2.3 Anfechtung

Wird der Versicherungsvertrag durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, so steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Zugang der Anfechtungserklärung zu.

1.6.2.4 Fehlendes versichertes Interesse

Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung vollständig und dauerhaft weg, steht dem Versicherer der Beitrag zu, den er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt hat.
Der Versicherungsnehmer ist nicht zur Zahlung des Beitrags verpflichtet, wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht, oder wenn das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht. Der Versicherer kann jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
Hat der Versicherungsnehmer ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Vertrag nichtig. Dem Versicherer steht in diesem Fall der Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt

1.7 Teilzahlung und Folgen verspäteter Zahlung

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

1.8 Anpassung des Beitrages

1.8.1 Allgemeines

Die Beiträge werden unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten (insbesondere Vertriebskosten, Verwaltungskosten, Schadenregulierungskosten) und Gewinnansatz kalkuliert.

Der Versicherer ist berechtigt, die Kalkulation für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und den Beitrag aufgrund der Neukalkulation nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen anzupassen.

1.8.2 Beitragsanpassungsklausel

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ist der Versicherer bei einer Schadenquote über 90% berechtigt, den Beitrag zu erhöhen und bei einer Schadenquote unter 70% verpflichtet, den Beitrag zu vermindern.

Maßgeblich sind die beim bevollmächtigten Assekuradeur verwalteten Bestände des vorliegenden Konzeptes.

Die Schadenquote ergibt sich aus dem Quotienten aus Schadenzahlungen und -reserven zuzüglich externer Schadenregulierungsaufwendungen und den Beitragseinnahmen nach Abzug der Vertriebskosten sowie eines Verwaltungskostenanteiles des Versicherers von 10%.

Berechnungsbasis ist der Schadenverlauf des - bezogen auf den Anpassungszeitpunkt - vorvergangenen Kalenderjahres. Hierfür wird der Datenstand zum Stichtag 01.07. des hierauf folgenden Kalenderjahres herangezogen

Der unter den vorgenannten Voraussetzungen geänderte Beitrag darf den zum Zeitpunkt der Änderung geltenden Tarifbeitrag im Neugeschäft für vergleichbaren Versicherungsschutz nicht überschreiten.

1.8.3 Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte, schriftlich kündigen.

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen.

2 Dauer und Ende des Vertrages, Kündigung

2.1 Dauer und Ende des Vertrags

2.1.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

2.1.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr. Er verlängert sich nicht, wenn einer der Vertragsparteien vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragslaufzeit eine Kündigung zugegangen ist.

2.1.3 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

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

2.1.4 Kündigung des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat das Recht den Vertrag jederzeit zu kündigen, bei mehrjährigen Verträgen jedoch erstmalig zum vereinbarten Ablauf. Für die Wirksamkeit seiner Kündigung ist der vom Versicherungsnehmer angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang des Kündigungsschreibens beim Versicherer maßgeblich. Die Kündigung muss in Textform (z.B. E-Mail, Telefax oder Brief) erfolgen.

2.1.5 Kündigung des Versicherers

Der Versicherer hat das Recht den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum vereinbarten Ablauf der Versicherung oder jedes darauffolgenden Jahres zu kündigen. Die Kündigung muss in Textform (z.B. E-Mail, Telefax oder Brief) erfolgen.

2.2.6 Wegfall des versicherten Interesses

Fällt ein versichertes Interesse nach dem Beginn der Versicherung vollständig und dauerhaft weg, endet der Vertrag bezüglich dieses Interesses zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

2.2 Kündigung nach Versicherungsfall

2.2.1 Kündigungsrecht

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherer können den Vertrag kündigen, wenn

- der Versicherer eine Leistung erbracht hat oder
- der Versicherer erstmals eine Invaliditätsleistung oder Unfallrente gezahlt hat oder
- der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat.

2.2.2 Kündigungserklärung, Frist und Form der Kündigung

Die Kündigung ist in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu erklären. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

2.2.3 Wirksamwerden der Kündigung

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung mit ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

3 Anzeigepflichten bis zum Vertragsschluss

3.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Diese Anzeigepflicht gilt auch dann, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne von Satz 1 in Textform stellt.

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, so sind bei der Anwendung von Absatz 1 und Ziffer 3.2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

3.2 Rechtsfolgen bei Verletzung der Anzeigepflicht

3.2.1 Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutz

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 3.1 Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts besteht auch für die Vergangenheit kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer hat jedoch kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

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

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

3.2.2 Kündigung

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 3.1 Absatz 1 einfach fahrlässig oder schuldlos, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätte.

3.2.3 Vertragsänderung

Hat der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 3.1 Absatz 1 nicht vorsätzlich verletzt und hätte der Versicherer bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände den Vertrag auch zu anderen Bedingungen geschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Bei einer vom Versicherungsnehmer unverschuldeten Pflichtverletzung werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In dieser Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen Kündigungsrecht hinzuweisen.

3.3 Frist und Form für die Ausübung der Rechte des Versicherers

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung muss der Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangt, die das von ihm jeweils geltend gemachte Recht begründen.

3.4 Hinweispflicht des Versicherers

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen dem Versicherer nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen hat.

3.5 Ausschluss von Rechten des Versicherers

Der Versicherer kann sich auf seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

3.6 Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt bestehen.

3.7 Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Diese Rechte erlöschen nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

3.8 Erweiterte Anerkennung

Der Versicherer erkennt an, dass ihm alle Umstände bekannt geworden sind, die im Zeitpunkt der Antragstellung gegeben und für die Übernahme der Gefahr erheblich waren. Dies gilt jedoch nicht für Umstände, die vorsätzlich oder grob fahrlässig verschwiegen worden sind.

4 Garantien

4.1 Innovationsklausel – Änderung des Leistungsumfangs

4.1.1 Änderung des Leistungsumfangs – Innovationsklausel bei Beitragsneutralität

Werden im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die Allgemeinen Bedingungen, Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen und/oder vereinbarten Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Gunsten des Versicherungsnehmers geändert, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

Über die Änderungen / Verbesserungen wird der Versicherungsnehmer informiert**.**

4.1.2 Änderung des Leistungsumfangs mit Tarifanpassung – Innovationsklausel bei Beitragsänderung

Werden im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge dieses Unfallkonzeptes die Allgemeinen Bedingungen, Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen und/oder vereinbarten Besonderen Bedingungen geändert und hierfür ein neuer Beitrag ermittelt, wird der Versicherungsvertrag ab der ersten Hauptfälligkeit nach der Änderung auf das neue Tarif- und Bedingungswerk umgestellt.

Die im Bedingungswerk enthaltenen Änderungen beurteilen sich nicht individuell, sondern sind auf die Bedürfnisse aller Versicherten ausgelegt. Durch sie kann sich der Beitrag für diese Versicherung verändern, wobei eine Erhöhung auf 10% des Jahresbeitrags begrenzt bleibt.

Der Versicherungsnehmer ist sowohl über Beitragsunterschiede als auch über wesentliche Änderungen des Versicherungs- und Leistungsumfangs, vor allem auch Schlechterstellungen, zu informieren.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Umstellung auf das neue Tarif- und Bedingungswerk, so besteht der bisherige Vertrag unverändert zu den bis dahin geltenden Bedingungen fort; gleichzeitig entfallen die Regelungen der Ziffer 4.1, sodass künftige Änderungen im Leistungsumfang für diesen Vertrag keine Berücksichtigung mehr finden.

Tritt zwischen der Einführung des neuen Tarif- und Bedingungswerkes und der ersten Hauptfälligkeit ein Versicherungsfall ein, der nur nach dem neuen Tarif- und Bedingungswerk versichert ist, wird dem Versicherungsnehmer die Umstellung des Vertrages bereits ab der Einführung des neuen (geänderten) Tarif- und Bedingungswerks angeboten.

4.2 GDV-Basis-Garantie

Der Versicherer garantiert dem Versicherungsnehmer, dass die dem Versicherungsvertag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (z.B. Allgemeine Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, vereinbarte Besondere Bedingungen) ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen aktuellen Bedingungen (Stand Dezember 2020) abweichen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

4.3 Arbeitskreisgarantie

Der Versicherer garantiert dem Versicherungsnehmer, dass die dem Versicherungsvertag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (z.B. Allgemeine Bedingungen, Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen, vereinbarte Besondere Bedingungen) die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (Stand Juni 2024) empfohlen werden. Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften und empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.

5 Weitere Bestimmungen

5.1 Erklärung und Anzeigen, Anschriftenänderung

5.1.1 Form, zuständige Stelle

Die für den Versicherer bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die unmittelbar gegenüber dem Versicherer erfolgen, sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abzugeben. Dies gilt nicht, soweit gesetzliche Schriftform oder in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers 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.

5.1.2 Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung

Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer dem Versicherer nicht angezeigten Namensänderung des Versicherungsnehmers.

5.1.3 Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung

Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung unter der Anschrift seines Gewerbebetriebs abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmung nach Ziffer 5.1.2 entsprechend Anwendung.

5.2 Vollmacht des Versicherungsvertreters

5.2.1 Erklärungen des Versicherungsvertreters

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, vom Versicherungsnehmer abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend

- den Abschluss bzw. den Widerruf eines Versicherungsvertrages,
- ein bestehendes Versicherungsverhältnis einschließlich dessen Beendigung
- Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.

5.2.2 Erklärungen des Versicherers

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, vom Versicherer ausgefertigte Versicherungsscheine oder deren Nachträge dem Versicherungsnehmer zu übermitteln**.**

5.3 Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, sofern nicht etwas anderes bestimmt ist. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt. Die grob fahrlässige Unkenntnis steht der Kenntnis gleich.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang der in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) mitgeteilten Entscheidung des Versicherers beim Anspruchsteller nicht mit.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Im Übrigen richtet sich die Verjährung nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

5.4 Wechsel des Versicherers

Die Bevollmächtigte ist berechtigt zur nächsten Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages den Versicherer zu wechseln. Dies ist jedoch nur bei gleichbleibendem Versicherungsschutz und bei gleichbleibendem Beitrag / gleichbleibendem Beitragssatz möglich.

Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel mitzuteilen.

5.5 Meinungsverschiedenheiten und Gerichtsstände

Treten Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer auf, kann sich der Versicherungsnehmer jederzeit an die Beschwerdestelle wenden:

DOMCURA AG / Abteilung Beschwerdemanagement / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel
bzw. an:
Nordvers GmbH / Abteilung Beschwerdemanagement / Theodor-Heuss-Ring 49 / 24113 Kiel

5.5.1 Versicherungsombudsmann

Sofern im Falle einer Kundenbeschwerde ausnahmsweise keine einvernehmliche Lösung mit dem Versicherer gefunden werden kann, ist der Versicherer bereit, an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die vorgesehene Schlichtungsstelle für Verbraucher zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten ist der Versicherungsombudsmann e.V.:

Kontakt: Postfach 080632, 10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

5.5.2 Versicherungsaufsicht

Wenn der Versicherungsnehmer mit der Betreuung des Versicherers nicht zufrieden ist oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, kann er sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Der Versicherer unterliegt der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: 0800 2 100 500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: https://www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden

5.6 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

5.7 Rechtsweg – Örtlich zuständiges Gericht

5.7.1 Klagen gegen den Versicherer

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung.

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

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Verlegt jedoch der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Sitz, den Sitz seiner Niederlassung, seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.

5.7.2 Klagen gegen den Versicherungsnehmer

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz, dem Sitz der Niederlassung oder dem Wohnsitz des Versicherungsnehmers; fehlt ein solcher, nach seinem gewöhnlichen Aufenthalt.

Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

5.8 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

B Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz (AUB 2024 - Standard)

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag, soweit sich aus den folgenden Bestimmungen nicht etwas anderes ergibt:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhaltsübersicht

1 Was ist versichert und was nicht?

1.1 Grundsatz
1.2 Geltungsbereich
1.3 Unfallbegriff
1.4 Erweiterter Unfallbegriff
1.5 Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

2.1 Invaliditätsleistung
2.2 Unfallrente
2.3 Übergangsleistung
2.4 Tagegeld
2.5 Krankenhaustagegeld
2.6 Todesfallleistung

3 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Invaliditätsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung
3.2 Art und Höhe der Leistung
3.3 Helmbonus

4 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Unfallrente?

4.1 Voraussetzungen für die Leistung
4.2 Art und Höhe der Leistung
4.3 Beginn und Dauer der Leistung
4.4 Beendigung nach Vollendung des 65. Lebensjahres

5 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Übergangsleistung?

5.1 Voraussetzungen für die Leistung
5.2 Art und Höhe der Leistung

6 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für das Tagegeld?

6.1 Voraussetzungen für die Leistung
6.2 Höhe und Dauer der Leistung

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

7 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

7.1 Voraussetzungen für die Leistung

7.2 Art und Höhe der Leistung

8 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Todesfallleistung?

8.1 Voraussetzungen für die Leistung

8.2 Art und Höhe der Leistung

9 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

9.1 Kosmetische Operationen

9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

9.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren

10 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

10.1 Krankheiten und Gebrechen

10.2 Mitwirkung

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

11.1 Kindertarif

11.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

12.1 Verhalten nach dem Unfall

12.2 Angaben zum Unfall

12.3 Beauftragung eines Arztes durch den Versicherer und Mitwirkung durch versicherte Personen

12.4 Mitwirkung und Auskünfte durch versicherte Personen

12.5 Anzeige über den Tod der versicherten Person

13 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

13.1 Folgen bei der Nichtbeachtung von Obliegenheiten

13.2 Versehentliches Unterbleiben der Anzeige oder der Erfüllung einer Obliegenheit

13.3 Hinzuziehung eines Arztes bei zunächst geringfügigen Unfallfolgen

13.4 Keine Benachteiligung durch Berufsausübung nach einem Unfall

14 Wann sind die Leistungen fällig?

14.1 Erklärung über die Leistungspflicht

14.2 Fälligkeit der Leistung

14.3 Vorschüsse

14.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

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

15.1 Fremdversicherung
15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

16 Welche Besonderheiten gelten für den Tarif wegen Erreichen der Altersgrenzen?

16.1 Nach Vollendung des 55. Lebensjahres
16.2 Nach Vollendung des 65. Lebensjahres
16.3 Nach Vollendung des 75. Lebensjahres

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Was ist versichert und was nicht?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Personen.

1.2 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich
- von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt darüber hinaus auch Folgendes (erweiterter Unfallbegriff):

Unfallereignis	Was fällt darunter?
Erhöhte Kraftanstrengung	Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung • ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt. *Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.* • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt. *Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.* Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst. • einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht. Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.
Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet. Die bei einem derartigen Ereignis entstehende äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person gilt in jedem Fall als unfreiwillig.
Erfrieren, Ertrinken oder Ersticken	Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch • Erfrieren, • Ertrinken oder Ersticken unter Wasser.
Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrände und Sonnenstiche	Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch • Sonnenbrände oder • Sonnenstiche.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel	Versichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch ausströmende • Dämpfe, • Gase oder • sonstige schädliche Mittel. *Beispiel: Säuren, Staubwolken oder Gifte* Voraussetzung ist, dass die versicherte Person diesen Einwirkungen unfreiwillig und nicht andauernd ausgesetzt war. Nicht versichert sind deshalb Gesundheitsschädigungen, die auf eine andauernde allmähliche Einwirkung zurückzuführen sind. Andauernd ist eine Einwirkung dann, wenn diese - auch mit Unterbrechungen - mehr als sieben Tage anhält. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.
Unfälle durch ärztlich verordnete Medikamente	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörung, wenn durch ärztlich verordnete Medikamente die Funktion von Sinnesorganen eingeschränkt ist. Der Ausschluss unter Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt. Fahrräder mit Hilfsmotor / Pedelecs (ohne und mit Anfahrhilfe bis 6 km/h) bis 25 km/h und maximal 250 Watt Motorleistung, soweit diese nicht versicherungspflichtig sind, fallen nicht unter den Begriff „motorisierte Fahrzeuge“. Der Ausschluss unter Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen durch • Tollwut oder Wundstarrkrampf • andere Krankheitserreger, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihrer Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen • einen Zeckenstich mit FSME. Hierunter fallen auch alle Infektionen durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
Gesundheitsschäden durch Strahlen	Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100-Elektronen-Volt, künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie Laser- und Maserstrahlen, Röntgenstrahlen. Der Ausschluss unter Ziffer 1.5.2.2 greift hierfür nicht
Gesundheitsschäden beim Tauchen	Mitversichert sind tauchtypische Gesundheitsschädigungen, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.
Gesundheitsschädigungen aufgrund akuter Höhenkrankheit	Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Höhenlungenödeme (HAPE) oder Höhenhirnödeme (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS).
Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen durch einen Zuckerschock	Mitversichert sind Bewusstseinsstörungen durch eine Über- oder Unterzuckerung aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.

1.5 Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen kann der Versicherer keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Einschränkungen Ihres Versicherungsschutzes können sich unter anderem auch aus der Beschreibung der versicherten Unfälle und der versicherten Leistungen ergeben. Bitte beachten Sie insbesondere die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 10).

1.5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Nicht versichert sind folgende Unfälle:

Ausschlüsse	Was fällt darunter?
1.5.1.1 Bewusstseinsstörungen	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Personen durch Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist. Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein: • eine gesundheitliche Beeinträchtigung, • die Einnahme von Medikamenten, • Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen. *Beispiele: Die versicherte Person* • *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter* • *kommt unter Einfluss von Cannabis mit dem Fahrzeug von der Straße ab.* • *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.* Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall ist durch ein Unfallereignis unfallbedingt verursacht, für das nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht. *Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Der Versicherer zahlt für die Folgen des neuen Unfalls.*
1.5.1.2 Vorsätzliche Straftaten	Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Ausnahme: Unfälle bei Raufhändeln und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändel und Schlägereien verwickelt war.
1.5.1.3 Kriegs oder Bürgerkriegsereignisse	Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Ausnahme: Unfälle bei inneren Unruhen gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in innere Unruhen verwickelt war.

	Der Ausschluss gilt ferner nicht, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Ausnahme gilt nicht: • bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht • für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg • für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen. In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
1.5.1.4 **Luftfahrt**	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Personen • als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, *Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger* • als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs *Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter* • bei anderen beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind. *Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung* Ausnahme: Mitversichert sind Unfälle durch Kitesportgeräte, z. B. Kite-Drachen, -Boards, -Buggys und dergleichen.
1.5.1.5 **Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen**	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Personen durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Ausnahme: Mitversichert sind jedoch Unfälle durch • Go-Kart-Veranstaltungen Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder in Freizeiteinrichtungen). Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet. • Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, weitere Fahrtveranstaltungen Mitversichert sind Unfälle bei Fahrtveranstaltungen wie Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten sowie für alle anderen mit Motorfahrzeugen (nicht Luftfahrzeugen) durchgeführten Fahrtveranstaltungen bzw. Teilstrecken oder Abschnitten von diesen, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.
1.5.1.6 **Kernenergie**	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Personen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

1.5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Nicht versichert sind außerdem folgende Gesundheitsschäden:

Ausschlüsse	Was fällt darunter?
1.5.2.1 Bandscheibenschäden, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen	Nicht versichert sind Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Ausnahme: Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht und für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
1.5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen	Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. Ausnahme: Die versicherte Person erleidet einen Gesundheitsschaden durch Strahlen nach Ziffer 1.4. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
1.5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe	Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen. Ausnahme: Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und für diesen Unfall besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. *Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.*
1.5.2.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen	Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen. Ausnahme: Die versicherte Person infiziert sich • durch eine nach den vereinbarten Bedingungen mitversicherte Infektion, • durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
1.5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Nahrungsmittel	Nicht versichert sind Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
1.5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktion	Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. *Beispiel: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall, Angstzustände des Opfers einer Straftat.*

	Ausnahme: Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an den Unfall eintreten, werden jedoch Leistungen erbracht, wenn und soweit diese auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
1.5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche	Nicht versichert sind Bauch- oder Unterleibsbrüche. Ausnahme: Für Bauch- oder Unterleibsbrüche besteht nach den vereinbarten Bedingungen Versicherungsschutz. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

Vereinbart werden können folgende Leistungsarten

2.1 Invaliditätsleistung

2.2 Unfallrente

2.3 Übergangsleistung

2.4 Tagegeld

2.5 Krankenhaustagegeld

2.6 Todesfallleistung

Im Folgenden werden die verschiedenen Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen beschrieben.

3 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Invaliditätsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung

3.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

3.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

- 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 18 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

3.1.3 Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

3.1.4 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einer Infektion

Die Invalidität ist innerhalb von

- 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 18 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

Diese Fristen beginnen erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt, und zwar auch dann, wenn dieses Unfallereignis vor dem Vertragsbeginn liegt.

3.1.5 Geltendmachung der Invalidität nach einer Infektion

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Invalidität der versicherten Person ausgeht.

Wird diese Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Diese Frist beginnt erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt, und zwar auch dann, wenn diese Infektion vor dem Vertragsbeginn liegt.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

3.1.6 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlt der Versicherer eine Todesfallleistung (Ziffer 8), sofern diese vereinbart ist.

3.2 Art und Höhe der Leistung

3.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

3.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 3.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane
- dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit

- dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 3.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 14.4).

3.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

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

3.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

3.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 3.2.2.1 und Ziffer 3.2.2.1 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

3.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrere Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein.
Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

3.2.2.5 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlt der Versicherer eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 3.1.6) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 3.1. sind erfüllt.

Der Versicherer leistet nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

3.3 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person bei sportlichen Aktivitäten wie z.B.

- Ski- oder Snowboardfahren,
- Fahrradfahren (auch Pedelec oder E-Bike),
- Skateboardfahren,
- Inlineskate oder Rollschuhfahrer,
- Wind – oder Kitesurfer,
- Reiten,

eine unfallbedingte Kopfverletzung und hat nachweislich und freiwillig (d.h. es bestand bei Erleiden des Unfalls keine gesetzliche Helmpflicht) ein handelsüblichen sowie für die Sportart geeigneten Helm getragen, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %, maximal jedoch um 10.000 ,- Euro.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch

- bei der Benutzung von Laufrädern oder
- als Mitfahrer im Kindersitz auf dem Fahrrad,
- als Mitfahrer im Lastenrad oder Fahrradanhänger, sofern zusätzlich ein angemessenes Anschnallsystem vorhanden ist und ordnungsgemäß genutzt wurde.

4 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Unfallrente?

4.1 Voraussetzungen für die Leistung

4.1.1 Grundsatz

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 3.1 und 3.2.2.

4.1.2 Tod vor Bemessung der Invalidität

Verstirbt die versicherte Person vor Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 3.2.2.5.

4.1.2 Tod nach Bemessung der Invalidität

Verstirbt die versicherte Person nach Bemessung der Invalidität

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

werden zusätzlich 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass ein Anspruch auf Unfallrente gemäß Ziffer 4.1.1 bereits entstanden ist.

4.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

4.3 Beginn und Dauer der Leistung

4.3.1 Grundsatz

Der Versicherer zahlt die Unfallrente

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

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

4.3.2 Tod oder Senkung vom Invaliditätsgrad aufgrund Neubemessung

Der Versicherer zahlt die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 14.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Bescheinigung nicht unverzüglich zusendet, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit

4.4 Beendigung nach Vollendung des 65. Lebensjahres

Die Unfallrente erlischt jeweils nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherten Personen das 65. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsbeitrag wird um den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

5 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Übergangsleistung?

5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer von einer Beeinträchtigung der versicherten Person von mehr als 6 Monaten ausgeht.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

5.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

6 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für das Tagegeld?

6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlt der Versicherer die Hälfte des Tagegelds.

Der Versicherer zahlt das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

7 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

7. 1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.
- begibt sich unmittelbar (Zeitraum von 14 Tagen) nach einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in eine vollstationäre Rehabilitation oder in eine vollstationäre Anschlussheilbehandlung; ansonsten gelten Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- wird unfallbedingt zur medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in ein Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, eingewiesen, weil es sich um eine Notfalleinweisung handelt.
- wird unfallbedingt zur medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in ein Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, eingewiesen weil die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnortes der versicherten Person ist.

7.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 1 Jahr ab dem Tag des Unfalls. Über das erste Jahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschlussheilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 7 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

8 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die Todesfallleistung?

8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Besonders wird in diesem Zusammenhang auf die Verhaltensregeln nach Ziffer 12.5 hingewiesen.

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

8.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

9 Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

Die weiteren unfallbedingten Kosten sind mitversichert.

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Voraussetzung für sämtliche nachfolgende Kosten bzw. Leistungen ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die im Folgenden genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik/Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Kosten	Was fällt darunter? Voraussetzungen, Art und Höhe der Leistung
9.1 Kosmetische Operationen	**Voraussetzung für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Die kosmetische Operation erfolgt • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 12.500,- Euro.
9.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	**Voraussetzung für die Leistung** Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden • für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder • für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, • für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 12.500,- Euro.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

9.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen nicht zur Betreuung bzw. Versorgung ihrer gewöhnlichen Haustiere (z.B. Hunde Katzen, Vögel) in der Lage. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für deren Halten, Betreuen oder Führen eine behördliche Genehmigung notwendig ist. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten • für Leistungen durch Unternehmen (nicht dagegen von Privatpersonen) • gegen Vorlage einer ordnungsgemäßen Rechnung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 150,-Euro.

10 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

10.1 Krankheiten und Gebrechen

Der Versicherer leistet ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Der Versicherer leistet nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

10.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

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

11.1 Kindertarif

11.1.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellt der Versicherer die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:

- Der Versicherungsnehmer zahlt den bisherigen Beitrag, und der Versicherer reduziert die Versicherungssummen entsprechend, oder
- der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen, und der Versicherer berechnet einen entsprechend höheren Beitrag.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer rechtzeitig über sein Wahlrecht informieren. Hat der Versicherungsnehmer bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führt der Versicherer den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

11.1.2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

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.

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

11.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für diesen Vertrag geltende Gefahrengruppenverzeichnis.

11.2.1 Mitteilung der Änderung

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

Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme nicht ein, sofern der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt. Die Beitragsberichtigung bzw. Verrechnung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

11.2.2 Auswirkung der Änderung

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

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald dem Versicherer die Mitteilung des Versicherungsnehmers zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald ihm die entsprechende Mitteilung des Versicherungsnehmers zugeht.

11.2.3 Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

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

Die Fristen und sonstige Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den Ziffern 3 bis 9 geregelt.

Im Folgenden werden Verhaltensregeln (Obliegenheiten) beschrieben. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne deren Mithilfe kann der Versicherer seine Leistung nicht erbringen.

12.1 Verhalten nach dem Unfall

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet sich einer Operation zu unterziehen.

12.2 Angaben zum Unfall

Sämtliche Angaben, um die der Versicherer den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bittet, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden

12.3 Beauftragung eines Arztes durch den Versicherer und Mitwirkung durch versicherte Personen

Der Versicherer beauftragt Ärzte, falls dies für die Prüfung seiner Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Der Versicherer trägt die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Selbständigen der Lohnausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 300,- Euro, beträgt.

12.4 Mitwirkung und Auskünfte durch versicherte Personen

Für die Prüfung seiner Leistungspflicht benötigt der Versicherer möglicherweise Auskünfte von

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

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen es dem Versicherer ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

12.5 Anzeige über den Tod der versicherten Person

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist dies dem Versicherer unverzüglich, mindestens jedoch innerhalb von 21 Tagen, zu melden. Die Frist beginnt jedoch erst dann, sobald der Versicherungsnehmer oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben. Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich, ist dem Versicherer das Recht zu verschaffen, eine Obduktion - durch einen von ihm beauftragten Arzt - durchführen zu lassen.

13 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

13.1 Folgen bei der Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in Ziffer 12 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verliert der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

13.2 Versehentliches Unterbleiben der Anzeige oder der Erfüllung einer Obliegenheit

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, es sei denn, der Versicherer weist nach, dass es sich hierbei nicht um ein Versehen des Versicherten handelt und der Versicherte nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt hat.

13.3 Hinzuziehung eines Arztes bei zunächst geringfügigen Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 12.1 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

13.4 Keine Benachteiligung durch Berufsausübung nach einem Unfall

Geht der Versicherte nach einem Unfall seinem Beruf weiter nach, so wird ihm dies nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

14 Wann sind die Leistungen fällig?

Der Versicherer erbringt seine Leistungen, nachdem er die Erhebungen abgeschlossen hat, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs seiner Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

14.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb 1 Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald dem Versicherer folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 12.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person

- zur Begründung des Leistungsanspruchs oder
- bei einer Neubemessung (Ziffer 14.4) entstehen,

übernimmt der Versicherer in voller Höhe. Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

14.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat sich der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von 2 Wochen.

14.3 Vorschüsse

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

Beispiel: Es steht fest, dass der Versicherungsnehmer vom Versicherer eine Invaliditätsleistung erhält. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000,- Euro verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

14.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer längstens bis zu 3 Jahre nach dem Unfall zu, dem Versicherer jedoch nur längstens bis zu 2 Jahre nach dem Unfall. Bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich die Frist für den Versicherungsnehmer von 3 auf 5 Jahre.

Wenn der Versicherer eine Neubemessung wünscht, wird dies dem Versicherungsnehmer zusammen mit der Erklärung über seine Leistungspflicht mitgeteilt.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss er dies dem Versicherer vor Ablauf der 3-Jahresfrist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits gezahlt hat, fordert dieser den überzahlten Betrag zurück.

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

15.1 Fremdversicherung

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

Der Versicherer zahlt Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an den Versicherungsnehmer aus, wenn der Unfall nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

16 Welche Besonderheiten gelten für den Tarif wegen Erreichen der Altersgrenzen?

Der bisherige Tarif wird wegen Erreichen der Altersgrenzen umgestellt:

16.1 Nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, erhöht sich der Beitrag jährlich zum Beginn eines jeden Versicherungsjahres

- für die Gefahrengruppe A um 2 % bzw.
- für die Gefahrengruppe B um 1 %.

Diese Regelung gilt bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

16.2 Nach Vollendung des 65. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, stellt der Versicherer die Versicherung auf den gültigen Seniorentarif um.

Dabei erhält der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:

- Der Versicherungsnehmer zahlt den bisherigen Beitrag, und der Versicherer reduziert die Versicherungssummen entsprechend
  oder
- Der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen, und der Versicherer berechnet einen entsprechend höheren Beitrag.

Hat der Versicherungsnehmer bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führt der Versicherer den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Mit Umstellung auf den Seniorentarif erlischt eine vereinbarte Unfallrente sowie die Bausteine Marktgarantie, Unfallrente-Plus und First Aid. Der Versicherungsbeitrag wird um den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

16.3 Nach Vollendung des 75. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, entfällt jede Vereinbarung über Progressionsstaffeln.

Für Unfälle, die sich nach diesem Zeitpunkt ereignen, wird bei der Berechnung der Invaliditätsleistung eine vereinbarte Progressionsstaffel nicht berücksichtigt. Es gilt die einfache Versicherungssumme.

Der Vertragsbeitrag wird auf den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

C Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Komfort-Schutz (BB-Komfort-Schutz)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Komfort-Schutz-Deckung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Was ist zusätzlich versichert?

1.1 Erweiterter Unfallbegriff
1.2 Wiedereinschlüsse in die Leistungspflicht

2 Welche Erweiterungen gelten für die Invaliditätsleistung?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung
2.2 Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe
2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.4 Helmbonus
2.5 Neubemessung des Invaliditätsgrads

3 Welche Erweiterungen gelten für die Übergangsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung
3.2 Art und Höhe der Leistung

4 Welche Erweiterungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

4.1 Höhe und Dauer der Leistung
4.2 Genesungsgeld

5 Welche Erweiterungen gelten für die Todesfallleistung?

5.1 Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge
5.2 Tod infolge Unfalls bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

6 Welche Erweiterungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

6.1 Kosmetische Operationen
6.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
6.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren
6.4 Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen
6.5 Kosten für Dekompressionskammer nach Tauchunfällen
6.6 Haushaltshilfegeld
6.7 Kosten für Medizinische Hilfsmittel
6.8 Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen
6.9 Kosten für Umschulungsmaßnahmen
6.10 Zahnersatzkosten

6.11 Komageld
6.12 Kosten für psychologische bzw. logopädische Soforthilfe
6.13 Kosten für Beschädigung von Gliedmaßenprothesen

7 Welche Erweiterungen greifen, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

8 Welche Erweiterungen und Besonderheiten gelten für den Kindertarif?
8.1 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers
8.2 Beitragsbefreiung bei Vollinvalidität des Versicherungsnehmers
8.3 Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile

9 Was für Besonderheiten gelten für die Familienvorsorge?
9.1 Beitragsfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall
9.2 Versorgung des Partners
9.3 Mehrfachversicherung

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Was ist zusätzlich versichert?

1.1 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt darüber hinaus auch Folgendes (erweiterter Unfallbegriff):

Unfallereignis	Was fällt darunter?
Erhöhte Kraftanstrengung	Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung • einen Knochenbruch zuzieht • Menisken schädigt.
Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff	Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Das gilt nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Dies gilt nicht für Vergiftungen durch Alkohol.
Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen • durch Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Drei-Tage-Fieber, Echinokokkose, Fleckfieber, FSME, Gelbfieber, Keuchhusten, Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfiber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie, Typhus und Paratyphus, Windpocken, Wundinfektionen, Wundstarrkrampf • bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger ▪ durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder ▪ durch Einspritzen (nicht Anhauchen, Anniesen oder Anhusten) infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Hierunter fallen auch Insektenstiche oder Insektenbisse sowie Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
Gesundheitsschäden nach Schutzimpfungen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden, die durch Schutzimpfungen gegen vorgenannte Infektionen hervorgerufen werden.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt und Schlaganfall	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind. Mitversichert sind auch der unfallbedingte Herzinfarkt, und der unfallbedingte Schlaganfall. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen wegen unfreiwilliger Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch eine unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beinträchtigen, verursacht sind. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat eine Bewusstseinsstörung durch unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, unverzüglich der Polizei anzuzeigen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

	Bezüglich der Folgen einer nichterstatteten Anzeige bei der Polizei wird auf II B Ziffer 13.1 verwiesen. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.

1.2 Wiedereinschlüsse in die Leistungspflicht

1.2.1 Kriegs- oder Bürgerereignisse

Wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird, gilt der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.3 nicht. Der Versicherungsschutz erlischt dann jedoch am Ende des 30. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

1.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Eine Hand- oder Fußpflege (z.B. Schneiden von Nägeln) wird nicht als Heilmaßnahme angesehen.

2 Welche Erweiterungen gelten für die Invaliditätsleistung?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

- 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.2 Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Die Regelung gilt nicht für die Fristenregelung der II B Ziffern 3.1.4 und 3.1.5.

2.2 Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe

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

Arm	70%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
Hand	70%
Daumen	25%
Zeigefinger	16%
anderer Finger	10%
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis unterhalb des Knies	70%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70%
Fuß	70%
große Zehe	8%
einer anderen Zehe	3%
Auge	80%
beide Augen	100%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Auges, vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	40%
Gehör auf beiden Ohren	80%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Ohres,	

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

vor dem Unfall bereits verloren war	80%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%
Stimme	100%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

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

2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer im Folgenden genannten Verletzung:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Hautoberfläche,
- Erblindung,

wird einmalig eine Versicherungssumme von 10.000,- Euro gezahlt.

Die Zahlung erfolgt auch bei schweren Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
    - Fraktur des Beckens,
    - Fraktur der Wirbelsäule,
    - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.
Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Versicherungssumme nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannte Entschädigungsgrenze nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

2.4 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person bei sportlichen Aktivitäten wie z.B.

- Ski- oder Snowboardfahren,
- Fahrradfahren (auch Pedelec oder E-Bike),
- Skateboardfahren,
- Inlineskate oder Rollschuhfahrer,
- Wind – oder Kitesurfer,
- Reiten,

eine unfallbedingte Kopfverletzung und hat nachweislich und freiwillig (d.h. es bestand bei Erleiden des Unfalls keine gesetzliche Helmpflicht) ein handelsüblichen sowie für die Sportart geeigneten Helm getragen, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 25 %, maximal jedoch um 25.000 ,- Euro.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch

- bei der Benutzung von Laufrädern oder
- als Mitfahrer im Kindersitz auf dem Fahrrad,

- als Mitfahrer im Lastenrad oder Fahrradanhänger, sofern zusätzlich ein angemessenes Anschnallsystem vorhanden ist und ordnungsgemäß genutzt wurde.

2.5 Neubemessung des Invaliditätsgrads

In Erweiterung zu II B Ziffer 14.4 ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer längstens bis zu 4 Jahre nach dem Unfall zu.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss er dies dem Versicherer vor Ablauf der 4-Jahresfrist mitteilen.

3 Welche Erweiterungen gelten für die Übergangsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- nach Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag gerechnet
- noch zu 100 % Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung hat innerhalb der 3 Monate ununterbrochen bestanden.

Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer Beeinträchtigung der versicherten Person von mehr als 6 Monaten ausgeht.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

3.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt diese Übergangsleistung in Höhe von 25% der vereinbarten Versicherungssumme. Der Betrag wird auf einen Anspruch auf die Übergangsleistung nach II B Ziffer 5.1 angerechnet.

4 Welche Erweiterungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

4.1 Höhe und Dauer der Leistung

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
- für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschlussheilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 4 Wochen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

4.2 Genesungsgeld

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach II B Ziffer 7.1.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

4.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 250 Tage, und zwar in Höhe von 100% des Krankenhaustagegeldes.

Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

5 Welche Erweiterungen gelten für die Todesfallleistung?

5.1 Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge

Die Meldefrist nach II B Ziffer 12.5 wird auf 60 Tage verlängert.

5.2 Tod infolge Unfalls bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Stirbt die versicherte Person infolge eines Unfalles, den sie bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erlitten hat, erhöht sich die vereinbarte Todesfallleistung auf das Doppelte, höchstens jedoch um 15.000 ,- Euro.

Als öffentliche Verkehrsmittel gelten Busse, Bahnen sowie Passagierschiffe, nicht dagegen Flugzeuge.

6 Welche Erweiterungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Voraussetzung für sämtliche nachfolgende Kosten bzw. Leistungen ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die im Folgenden genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik/Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Kosten	Was fällt darunter? Voraussetzungen, Art und Höhe der Leistung
6.1 Kosmetische Operationen	**Voraussetzung für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Die kosmetische Operation erfolgt • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 100.000,- Euro.
6.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	**Voraussetzung für die Leistung** Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden • für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder • für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik,

	• für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzt der Versicherer die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzt der Versicherer wahlweise die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 100.000,- Euro
6.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen nicht zur Betreuung bzw. Versorgung ihrer gewöhnlichen Haustiere (z.B. Hunde Katzen, Vögel) in der Lage. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für deren Halten, Betreuen oder Führen eine behördliche Genehmigung notwendig ist. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten • für Leistungen durch Unternehmen (nicht dagegen von Privatpersonen) • gegen Vorlage einer ordnungsgemäßen Rechnung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500,-Euro.
6.4 Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**Voraussetzungen für die Leistung** Der Unfall hat bei der versicherten Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% im Sinne des II B Ziffer 3 geführt. Voraussetzung ist auch, dass diese Mehraufwendungen • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall • medizinisch notwendig sind. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für • den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person und • den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder • den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 20.000,- Euro.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

6.5 Kosten für Dekompressions-kammer nach Tauchunfällen	**Voraussetzungen für die Leistung** Der versicherten Person sind nach einem Tauchunfall Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer entstanden. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 100.000,- Euro.
6.6 Haushaltshilfegeld	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person kann nach einem Unfall den eigenen Haushalt, in dem • sie allein lebt oder • ein minderjähriges Kind zu versorgen ist, aus medizinischen Gesichtspunkten nicht führen. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für eine Haushaltshilfe für längstens 60 Tage.
6.7 Kosten für Medizinische Hilfsmittel	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall folgende medizinische Hilfsmittel • Arm- und / oder Beinprothese, • Geh- und Stützapparate, • Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl, • Assistenztier (z. B. Blindenhund). Voraussetzung ist, dass diese Hilfsmittel • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, • medizinisch notwendig und • von einem Arzt verordnet sind. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 25.000,- Euro.
6.8 Kosten für Rehabilitations-maßnahmen	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person hat • wegen einer durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall • für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, gilt nicht als Rehabilitationsmaßnahme. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

	• Arzthonorare • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Rehabilitationszentrum bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 25.000,- Euro.
6.9 Kosten für Umschulungs-maßnahmen	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall, wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit, eine Umschulung. Voraussetzung ist auch, dass diese Umschulung • von einer staatlich anerkannten Umschulungsorganisation • innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall erfolgt. Berufsunfähigkeit heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Maßnahmen bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 25.000,- Euro.
6.10 Zahnersatzkosten	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer Zahnersatzbehandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung seines Gebisses zu beheben. Die Zahnersatzbehandlung erfolgt bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Sollten auch Schneide- und Eckzähne betroffen sein und diese unter den Deckungsumfang von II B Ziffer 9.1 bzw. Ziffer 6.1 fallen, so geht die Kostenerstattung danach vor. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bei natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen, nicht jedoch bei herausnehmbarem Zahnersatz (wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen), bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 50.000,- Euro.
6.11 Komageld	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person • fällt infolge eines Unfalls in ein Koma • oder wird nach einem Unfall in ein künstliches Koma versetzt. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer bezahlt, solange sich die versicherte Person im Koma befindet, ein tägliches Komageld von 15,- Euro für maximal 1 Jahr.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

6.12 Kosten für psychologische bzw. logopädische Soforthilfe	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach • einem Überfall, • einer Geiselnahme, • anderen plötzlichen Ereignissen, durch die die versicherte Person in die Gewalt eines Dritten geraten ist, der sie mit dem Tode oder mit erheblicher Körperverletzung bedroht hat, • katastrophenartigen Unglücksfällen, bei denen die versicherte Person in Lebensgefahr geraten ist, aufgrund ärztlicher Anordnungen psychologische bzw. logopädische Soforthilfe. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Honorare für die ersten 10 Sitzungen, die unmittelbar nach dem Ereignis stattfinden.
6.13 Kosten für Beschädigung von Gliedmaßenprothesen	**Voraussetzungen für die Leistung** Mitversichert sind unfallbedingte Beschädigungen von Gliedmaßenprothesen, welche die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten 3 Jahre nach den Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.000,- Euro.

7 Welche Erweiterungen greifen, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50%, nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

8 Welche Erweiterungen und Besonderheiten gelten für den Kindertarif?

8.1 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

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

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

8.2 Beitragsbefreiung bei Vollinvalidität des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer Vollinvalide wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Eine Vollinvalidität im Sinne dieser Bestimmung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und ist durch einen Arzt schriftlich zu bestätigen.

8.3 Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile

Werden beide Elternteile durch dasselbe Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr nicht vollendet, kommt jeweils die doppelt vereinbarte Todesfallsumme der höchstversicherten Person zur Auszahlung. Die zusätzliche Leistung ist jedoch auf 60.000,- Euro je Elternteil begrenzt.

9 Was für Besonderheiten gelten für die Familienvorsorge?

9.1 Beitragsfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall

Für den Fall der Eheschließung oder der Geburt/ Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrages gilt Folgendes:

- Beitragsfrei mitversichert ist der Ehepartner ab Tag der Eheschließung.
- Beitragsfrei mitversichert ist das Kind ab der Vollendung der Geburt/ ab dem Tag der Adoption.
- Die Beitragsfreiheit gilt für die Dauer eines Jahres.
- Der beitragsfreie Versicherungsschutz richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vereinbarten Versicherungssummen der jeweils höchstversicherten Person, maximal jedoch
    - 80.000,- Euro für den Invaliditätsfall und
    - 10.000,- Euro für den Todesfall.

Eine vereinbarte Progressionsstaffel (II I) findet keine Anwendung.

9.2 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/ Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur zweiten auf den Todestag folgenden Hauptfälligkeit beitragsfrei weitergeführt.

9.3 Mehrfachversicherung

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Familienvorsorge-Versicherungssummen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannten Höchstbeträge nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

D Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz (BB-Top-Schutz)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Top-Schutz-Deckung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Was ist zusätzlich versichert?

1.1 Erweiterter Unfallbegriff
1.2 Wiedereinschlüsse in die Leistungspflicht

2 Welche Erweiterungen gelten für die Invaliditätsleistung?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung
2.2 Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe
2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.4 Helmbonus
2.5 Neubemessung des Invaliditätsgrads

3 Welche Erweiterungen gelten für die Übergangsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung
3.2 Art und Höhe der Leistung

4 Welche Erweiterungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

4.1 Höhe und Dauer der Leistung
4.2 Genesungsgeld

5 Welche Erweiterungen gelten für die Todesfallleistung?

5.1 Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge
5.2 Tod infolge Unfalls bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
5.3 Tod infolge Bewusstseinsstörungen

6 Welche Erweiterungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

6.1 Kosmetische Operationen
6.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
6.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren
6.4 Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen
6.5 Kosten für Dekompressionskammer nach Tauchunfällen
6.6 Haushaltshilfegeld
6.7 Kosten für Medizinische Hilfsmittel
6.8 Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen
6.9 Kosten für Umschulungsmaßnahmen

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

6.10 Zahnersatzkosten
6.11 Komageld
6.12 Kosten für psychologische bzw. logopädische Soforthilfe
6.13 Kosten für Beschädigung von Gliedmaßenprothesen
6.14 Kosten für Kosmetische Behandlungen
6.15 Kosten für Medizinische Implantate
6.16 Kosten für Organtransplantation
6.17 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss
6.18 Kosten für Personaltrainer

7 Welche Erweiterungen greifen, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

8 Welche Erweiterungen und Besonderheiten gelten für den Kindertarif?
8.1 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers
8.2 Beitragsbefreiung bei Vollinvalidität des Versicherungsnehmers
8.3 Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile

9 Was für Besonderheiten gelten für die Familienvorsorge?
9.1 Beitragsfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall
9.2 Versorgung des Partners
9.3 Mehrfachversicherung

10 Welche Voraussetzungen und Grenzen gelten für die Leistungsgarantie?
10.1 Definition
10.2 Voraussetzungen
10.3 Grenzen
10.4 Nachweispflicht
10.5 Kündigung

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Was ist zusätzlich versichert?

1.1 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt darüber hinaus auch Folgendes (erweiterter Unfallbegriff):

Unfallereignis	Was fällt darunter?
Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung	Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine Eigenbewegung • ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt. • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt. • einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht. • einen Knochenbruch zuzieht. • Menisken schädigt.
Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff	Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Das gilt nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Dies gilt nicht für Vergiftungen durch Alkohol. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.2.5 greift hierfür nicht.
Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Infektionen • durch Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Drei-Tage-Fieber, Echinokokkose, Fleckfieber, FSME, Gelbfieber, Keuchhusten, Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfiber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie, Typhus und Paratyphus, Windpocken, Wundinfektionen, Wundstarrkrampf. • bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger ▪ durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder ▪ durch Einspritzen (nicht Anhauchen, Anniesen oder Anhusten) infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Hierunter fallen auch Insektenstiche oder Insektenbisse sowie Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach den vereinbarten Bedingungen ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht.
Gesundheitsschäden nach Schutzimpfungen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden, die durch Schutzimpfungen gegen vorgenannte Infektionen hervorgerufen werden.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt und Schlaganfall	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind. Mitversichert sind auch der unfallbedingte Herzinfarkt, und der unfallbedingte Schlaganfall. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol	Beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,5 Promille liegt. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen wegen unfreiwilliger Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch eine unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beinträchtigen, verursacht sind. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat eine Bewusstseinsstörung durch unfreiwillige Einnahme von Drogen, K.O.-Tropfen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, unverzüglich der Polizei anzuzeigen. Bezüglich der Folgen einer nichterstatteten Anzeige bei der Polizei wird auf II B Ziffer 13 verwiesen. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, welche den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht sind. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen durch Herz- und Kreislaufstörungen, Schwindel, oder Ohnmacht	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Herz- und Kreislaufstörungen, Schwindel oder Ohnmacht. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Übermüdung	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Erschreckens	Mitversichert ist der Unfall durch Bewusstseinsstörungen durch Erschrecken. Der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.1 greift hierfür nicht.
Allergische Reaktionen	Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen nach Insektenbisse sowie -stichen. Mitversichert sind auch Gesundheitsschädigungen durch allergische Reaktionen, wenn diese durch eine versicherte Infektion verursacht wurden.

1.2 Wiedereinschlüsse in die Leistungspflicht

1.2.1 Kriegs- oder Bürgerereignisse

Wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird gilt der Ausschluss unter II B Ziffer 1.5.1.3 nicht. Der Versicherungsschutz erlischt dann jedoch am Ende des 30. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

1.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Eine Hand- oder Fußpflege (z.B. Schneiden von Nägeln) wird nicht als Heilmaßnahme angesehen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

2 Welche Erweiterungen gelten für die Invaliditätsleistung?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität nach einem Unfall

Die Invalidität ist innerhalb von

- 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.2 Geltendmachung der Invalidität nach einem Unfall

Der Versicherungsnehmer muss die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer geltend machen.

Die Regelung gilt nicht für die Fristenregelung der II B Ziffern 3.1.4 und 3.1.5.

2.2 Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe

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

Arm	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80%
Hand	75%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	15%
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	75%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	90%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	90%
Bein bis unterhalb des Knies	80%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80%
Fuß	70%
große Zehe	20%
einer anderen Zehe	10%
Auge	80%
beide Augen	100%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Auges, vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	50%
Gehör auf beiden Ohren	80%
sofern die Funktionsfähigkeit des anderen Ohres, vor dem Unfall bereits verloren war	80%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%
einer Niere	20%
beider Nieren	100%
sofern die Funktionsfähigkeit der anderen Niere vor dem Unfall bereits verloren war	100%
der Milz	10%
der Milz bei Kindern bis zum vollendeten 14.Lebensjahr	20%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarms, je Betroffenheit	20%
eines Lungenflügels	50%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

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

2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer im Folgenden genannten Verletzung:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Hautoberfläche,
- Erblindung,

wird einmalig eine Versicherungssumme von 20.000,- Euro gezahlt.

Die Zahlung erfolgt auch bei schweren Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
    - Fraktur des Beckens,
    - Fraktur der Wirbelsäule,
    - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.
Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Versicherungssumme nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannte Entschädigungsgrenze nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

2.4 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person bei sportlichen Aktivitäten wie z.B.

- Ski- oder Snowboardfahren,
- Fahrradfahren (auch Pedelec oder E-Bike),
- Skateboardfahren,
- Inlineskate oder Rollschuhfahrer,
- Wind – oder Kitesurfer,
- Reiten,

eine unfallbedingte Kopfverletzung und hat nachweislich und freiwillig (d.h. es bestand bei Erleiden des Unfalls keine gesetzliche Helmpflicht) ein handelsüblichen sowie für die Sportart geeigneten Helm getragen, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 25 %, maximal jedoch um 50.000 ,- Euro.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch

- bei der Benutzung von Laufrädern oder
- als Mitfahrer im Kindersitz auf dem Fahrrad,
- als Mitfahrer im Lastenrad oder Fahrradanhänger, sofern zusätzlich ein angemessenes Anschnallsystem vorhanden ist und ordnungsgemäß genutzt wurde.

2.5 Neubemessung des Invaliditätsgrads

In Erweiterung zu II B Ziffer 14.4 ist der Versicherungsnehmer dazu berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer längstens bis zu 5 Jahre nach dem Unfall zu.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss er dies dem Versicherer vor Ablauf der 5-Jahresfrist mitteilen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

3 Welche Erweiterungen gelten für die Übergangsleistung?

3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- Im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- nach Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag gerechnet
- noch zu 100 % Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung hat innerhalb der 3 Monate ununterbrochen bestanden.

Versicherungsnehmer muss die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mitteilen, dass er von einer von einer Beeinträchtigung der versicherten Person von mehr als 3 Monaten ausgeht.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn der Versicherungsnehmer diese Frist versäumt hat.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

3.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt diese Übergangsleistung in Höhe von 25% der vereinbarten Versicherungssumme. Der Betrag wird auf einen Anspruch auf die Übergangsleistung nach II B Ziffer 5 angerechnet.

4 Welche Erweiterungen gelten für das Krankenhaustagegeld?

4.1 Höhe und Dauer der Leistung

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.
- für 60 Tage bei einer vollstationären Rehabilitation oder einer vollstationären Anschluss-heilbehandlung in Höhe von 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, maximal für 5 Jahre, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

4.2 Genesungsgeld

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach II B Ziffer 7.1.

4.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 750 Tage, und zwar in Höhe von 100% des Krankenhaustagegeldes.

Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

Der erworbene Anspruch eines etwaig vereinbarten Genesungsgeldes bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person im Krankenhaus verstirbt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

5 Welche Erweiterungen gelten für die Todesfallleistung?

5.1 Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge

Die Meldefrist nach II B Ziffer 12.5 wird auf 90 Tage verlängert.

5.2 Tod infolge Unfalls bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Stirbt die versicherte Person infolge eines Unfalles, den sie bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erlitten hat, erhöht sich die vereinbarte Todesfallleistung auf das Doppelte, höchstens jedoch um 50.000 ,- Euro.

Als öffentliche Verkehrsmittel gelten Busse, Bahnen sowie Passagierschiffe, nicht dagegen Flugzeuge.

5.3 Tod infolge Bewusstseinsstörungen

Bei einem unfallbedingten Tod nach II B Ziffer 8 der versicherten Person greift der Ausschluss der Bewusstseinsstörung nach II B Ziffer 1.5.1.1 hierfür nicht. Die Leistung des Versicherers ist hierfür auf die versicherte Todesfallsumme der versicherten Person, maximal 10.000,- Euro begrenzt.

6 Welche Erweiterungen gelten für weitere unfallbedingte Kosten?

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Voraussetzung für sämtliche nachfolgende Kosten bzw. Leistungen ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die im Folgenden genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik/Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Kosten	Was fällt darunter? Voraussetzungen, Art und Höhe der Leistung
6.1 Kosmetische Operationen	**Voraussetzung für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Die kosmetische Operation erfolgt • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten, • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500.000,- Euro
6.2 Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	**Voraussetzung für die Leistung** Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden • für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder • für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, • für 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.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

	Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von • insgesamt 500.000,- Euro für Unfälle innerhalb der Bundesrepublik Deutschland • 1.000.000,- Euro für Unfälle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
6.3 Kosten für Betreuung sowie Versorgung von Haustieren	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen nicht zur Betreuung bzw. Versorgung ihrer gewöhnlichen Haustiere (z.B. Hunde Katzen, Vögel) in der Lage. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für deren Halten, Betreuen oder Führen eine behördliche Genehmigung notwendig ist. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten • für Leistungen durch Unternehmen (nicht dagegen von Privatpersonen) • gegen Vorlage einer ordnungsgemäßen Rechnung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 1000,-Euro.
6.4 Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**Voraussetzungen für die Leistung** Der Unfall hat bei der versicherten Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% im Sinne des II B Ziffer 3 geführt. Voraussetzung ist weiter, dass die behinderungsbedingten Mehraufwendungen • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall • medizinisch notwendig sind. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für • den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person und • den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder • den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 30.000,- Euro.
6.5 Kosten für Dekompressions-kammer nach Tauchunfällen	**Voraussetzungen für die Leistung** Der versicherten Person sind nach einem Tauchunfall Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer entstanden.

	Art und Höhe der Leistung Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500.000,- Euro.
6.6 Haushaltshilfegeld	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person kann nach einem Unfall den eigenen Haushalt, in dem • sie allein lebt oder • ein minderjähriges Kind zu versorgen ist, aus medizinischen Gesichtspunkten nicht führen. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für eine Haushaltshilfe für längstens 180 Tage.
6.7 Kosten für Medizinische Hilfsmittel	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall folgende medizinische Hilfsmittel • Arm- und / oder Beinprothese, • Geh- und Stützapparate, • Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl, • Assistenztier (z. B. Blindenhund). Voraussetzung ist, dass diese Hilfsmittel • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, • medizinisch notwendig und • von einem Arzt verordnet sind. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für diese Hilfsmittel bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 50.000,- Euro.
6.8 Kosten für Rehabilitations-maßnahmen	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person hat • wegen einer durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen • innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall • für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, gilt nicht als Rehabilitationsmaßnahme. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Rehabilitationszentrum bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500.000,- Euro.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

6.9 Kosten für Umschulungs-maßnahmen	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach einem Unfall, wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit, eine Umschulung. Voraussetzung ist, dass diese Umschulung • von einer staatlich anerkannten Umschulungsorganisation • innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall erfolgt. Berufsunfähigkeit heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500.000,- Euro
6.10 Zahnersatzkosten	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer Zahnersatzbehandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung seines Gebisses zu beheben. Die Zahnersatzbehandlung erfolgt bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Sollten auch Schneide- und Eckzähne betroffen sein und diese unter den Deckungsumfang von II B Ziffer 9.1 bzw. Ziffer 6.1 fallen, so geht die Kostenerstattung danach vor. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und • Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bei natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen, nicht jedoch bei herausnehmbarem Zahnersatz (wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen). bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 500.000,- Euro
6.11 Komageld	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person • fällt infolge eines Unfalls in ein Koma • oder wird nach einem Unfall in ein künstliches Koma versetzt. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer bezahlt, solange sich die versicherte Person im Koma befindet, ein tägliches Komageld von 30,- Euro für maximal 3 Jahre.
6.12 Kosten für psychologische bzw. logopädische Soforthilfe	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt nach • einem Überfall, • einer Geiselnahme,

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

	• anderen plötzlichen Ereignissen, durch die die versicherte Person in die Gewalt eines Dritten geraten ist, der sie mit dem Tode oder mit erheblicher Körperverletzung bedroht hat, • katastrophenartigen Unglücksfällen, bei denen die versicherte Person in Lebensgefahr geraten ist, aufgrund ärztlicher Empfehlung psychologische bzw. logopädische Soforthilfe. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Honorare für die ersten 25 Sitzungen, die unmittelbar nach dem Ereignis stattfinden.
6.13 Kosten für Beschädigung von Gliedmaßenprothesen	**Voraussetzungen für die Leistung** Mitversichert sind unfallbedingte Beschädigungen von Gliedmaßenprothesen, welche die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten 3 Jahre nach den Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.000,- Euro.
6.14 Kosten für Kosmetische Behandlungen	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Behandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Die kosmetische Behandlung erfolgt • durch einen Arzt, • nach Abschluss der Heilbehandlung und • bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und • sonstige notwendige Kosten der kosmetischen Behandlung bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 20.000,-Euro.
6.15 Kosten für Medizinische Implantate	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt ein medizinisches Implantat, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung zu beheben. Dies gilt nicht für Zahnersatzkosten nach Ziffer 6.10. Die notwendige Operation erfolgt • durch einen Arzt, • bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

	• notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro.
6.16 Kosten für Organtransplantation	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person benötigt ein medizinisches Transplantat, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung zu beheben. Die notwendige Operation muss durch einen Arzt erfolgen. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene • Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie • notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 10.000,- Euro**.**
6.17 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss	**Voraussetzungen für die Leistung** Die versicherte Person erleidet unfallbedingt • einen Knochenbruch oder • einen Bänderriss. **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer bezahlt ein Schmerzensgeld von 500,- Euro. Bei einem offenen Knochenbruch erhöht sich das Schmerzensgeld auf 1.000,- Euro.
6.18 Kosten für Personaltrainer	**Voraussetzungen für die Leistung** Der Unfall einer versicherten Person führte zu einem mindestens 10-tätigen vollstationären Krankenhausaufenthalt sowie voraussichtlichen dauerhaften Invalidität (von mindestens 1 %). **Art und Höhe der Leistung** Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Honorare bis zu 1.000,- Euro.

7 Welche Erweiterungen greifen, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

Der Versicherer nimmt generell keine Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten und Gebrechen vor, es sei denn,

- es handelt sich bei der mitwirkenden Krankheit um Osteoporose, Diabetes oder Bandscheibenschäden, oder
- das ursächliche Unfallereignis wurde durch Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen nach Ziffer 1.1 verursacht.

Der Versicherer verzichtet jedoch auch hier auf die Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 70% beträgt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

8 Welche Erweiterungen und Besonderheiten gelten für den Kindertarif?

8.1 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod des Versicherungsnehmers nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

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

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

8.2 Beitragsbefreiung bei Vollinvalidität des Versicherungsnehmers

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer Vollinvalide wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Eine Vollinvalidität im Sinne dieser Bestimmung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und ist durch einen Arzt schriftlich zu bestätigen.

8.3 Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile

Werden beide Elternteile durch dasselbe Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr nicht vollendet, kommt jeweils die doppelt vereinbarte Todesfallsumme der höchstversicherten Person zur Auszahlung. Die zusätzliche Leistung ist jedoch auf 60.000,- Euro je Elternteil begrenzt.

9 Was für Besonderheiten gelten für die Familienvorsorge?

9.1 Beitragsfreie Mitversicherung für die Leistungsarten Invalidität und Todesfall

Für den Fall der Eheschließung oder der Geburt/ Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrages gilt Folgendes:

- Beitragsfrei mitversichert ist der Ehepartner ab Tag der Eheschließung.
- Beitragsfrei mitversichert ist das Kind ab der Vollendung der Geburt/ ab dem Tag der Adoption.
- Die Beitragsfreiheit gilt für die Dauer eines Jahres.
- Der beitragsfreie Versicherungsschutz richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vereinbarten Versicherungssummen der jeweils höchstversicherten Person, maximal jedoch
  - 100.000,- Euro für den Invaliditätsfall und
  - 10.000,- Euro für den Todesfall.

  Eine vereinbarte Progressionsstaffel (II I) findet keine Anwendung.

9.2 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/ Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur zweiten auf den Todestag folgenden Hauptfälligkeit beitragsfrei weitergeführt.

9.3 Mehrfachversicherung

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Familienvorsorge-Versicherungssummen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die oben genannten Höchstbeträge nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

10 Welche Voraussetzungen und Grenzen gelten für die Leistungsgarantie?

10.1 Definition

Wäre im Schadenfall, nach dem Deckungsumfang des auf den Namen des Versicherungsnehmers abgeschlossenen unmittelbaren Vorvertrages Versicherungsschutz gegeben, nach dem Deckungsumfang des vorliegenden Vertrages jedoch nicht oder nicht ausreichend, so garantiert der Versicherer, dass Versicherungsschutz nach dem Deckungsumfang des angesprochenen Vorversicherers gegeben ist.

10.2 Voraussetzungen

Voraussetzung hierfür ist, dass

- der unmittelbare Vorvertrag mindestens für ein volles Versicherungsjahr bestanden hat;
- der Zeitraum zwischen Erlöschen des unmittelbaren Vorvertrags und Beginn des neuen Vertrages nicht mehr als drei Monate beträgt.

10.3 Grenzen

10.3.1 Allgemeine Grenzen

Nach Ablauf des Vorvertrags vorgenommene Änderungen desselben bewirken keine Erweiterung der Leistungsgarantie.

Der Vorvertrag muss dem deutschen Versicherungsvertragsrecht unterliegen, d.h. es werden keine ausländischen Vorversicherungen berücksichtigt.

Die „Leistungsgarantie“ findet keine Anwendung sofern der Versicherer des vorliegenden Vertrages wegen

- Nichtzahlung des Beitrags,
- Obliegenheitsverletzung durch den Versicherungsnehmer,
- arglistiger Täuschung oder Betrug,
- Vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalls

ganz oder teilweise leistungsfrei ist, oder der unmittelbare Vorvertrag vom Vorversicherer gekündigt wurde.

Der Versicherer des vorliegenden Vertrages leistet nicht für Differenzen zwischen den Versicherungssummen des Vorvertrags und des vorliegenden Versicherungsvertrags.

Individuelle einzelvertraglich geregelte Vereinbarungen, die nach Vertragsabschluss erfolgen, werden als vorrangig angesehen und können die Leistungsgarantie nachträglich einschränken bzw. ausschließen.

Einzelvertragliche, tariflich vereinbarte Selbstbehalte, die bei Vertragsabschluss mit dem jeweiligen Versicherungsnehmer vereinbart wurden, gehen der Leistungsgarantie vor.

Assistance- und sonstige versicherungsfremde sowie vom Versicherungsunternehmen extern zugekaufte Dienstleistungen fallen generell nicht unter die Leistungsgarantie.

Höchstgrenze der von Ihrer Versicherung zu erbringende Leistung ist generell die im aktuellen Versicherungsvertrag mit der Versicherung vereinbarte Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer ggf. vorhandenen Vorsorgeregelung.

10.3.2 Begrenzungen für die Unfallversicherung

Die Versicherungssumme bemisst sich als die aktuelle, mit dem Versicherer des vorliegenden Vertrages vereinbarte Invaliditätssumme unter Berücksichtigung der in diesem Versicherungsvertrag vereinbarten Progressionsstaffel/ Rente.

Es gilt ein Deckungslimit von 250.000,- Euro für Leistungen aus der Leistungsgarantie (Ziffer 10.1). Unter Deckungslimit ist im Rahmen der Leistungsgarantie der pro Schadenfall maximal mögliche Auszahlungsbetrag zu verstehen.

Unterschiede zwischen Progressionsstaffel und Gliedertaxe des Vorvertrages und des nun beantragten Versicherungsvertrags sind nicht Bestandteil der Leistungsgarantie.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

Ausgeschlossen sind:

- Versicherungen, für die der Versicherer dieses Vertrages keine Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb besitzt;
- Bündelprodukte, die Merkmale einer Grundfähigkeitsversicherung, Dread-Disease-Versicherung, einer Pflegetagegeldversicherung, einer Pflegerentenversicherung oder einer Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsversicherung beinhalten, sowie sämtliche etwaige im Vorvertrag versicherte Rentenleistungen aus diesen aufgeführten Ursachen;
- Leistungsarten (II B Ziffer 2), die im Tarif zu diesem Unfallkonzept nicht angeboten werden;
- Leistungsumfänge zu Gesundheitsschäden durch Infektionen sowie Impfungen (Impfschäden);
- das Risiko aus einer Luftfahrt-Unfallversicherung als sonstiges Besatzungsmitglied oder Luftfahrzeugführer, sofern nicht abweichend hiervon im aktuellen Vertrag eingeschlossen;
- Beitrags-/ Sparanteil der Unfallversicherung (z. B. Unfallversicherung mit Beitrags-Rückgewähr).

Für Leistungen, die im vorliegenden Vertrag nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind, gilt die Leistungsgarantie nur dann, wenn diese Leistungen in diesen Vertrag eingeschlossen wurden.

10.4 Nachweispflicht

Bei Antragstellung muss der Vorversicherer inkl. Versicherungsscheinnummer angegeben werden.

Im Schadenfall obliegt die Nachweispflicht für die Anwendung der Leistungsgarantie dem Versicherungsnehmer. Hierzu sind dem Versicherer des vorliegenden Vertrages vom Versicherungsnehmer auf Anforderung alle erforderlichen Auskünfte und Unterlagen unverzüglich einzureichen.

Als Nachweis sind der Versicherungsschein, die Allgemeinen Bedingungen sowie die Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) des Vorvertrags vorzulegen und die Anspruchsgrundlage zu nennen.

Die vertraglich vereinbarten und in den Versicherungsbedingungen festgelegten Obliegenheiten zum Schadenfall bleiben durch die Leistungsgarantie unberührt.

10.5 Kündigung

Sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer des vorliegenden Vertrages können diese Klausel jederzeit in Textform kündigen. Die Kündigung wird eine Woche nach Zugang wirksam.

Kündigt der Versicherer die Leistungsgarantie, hat der Versicherungsnehmer das Recht die gesamte Unfallversicherung (Hauptvertrag) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum selben Zeitpunkt zu kündigen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

E Besondere Bedingungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr (BB-Kinderunfall)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist die Beantragung der Unfallversicherung für Kinder (Kindertarif) sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz

und sofern vereinbart:

3. II C - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Komfort-Schutz
4. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Was ist zusätzlich bei einem Unfall von Kindern versichert?

1.1 Herstellung und Gebrauch von Feuerwerkskörpern

1.2 Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen

2 Welche Erweiterungen für weitere unfallbedingte Kosten gelten bei einem Unfall von Kindern?

2.1 Rooming-In Leistungen bei Unfall des Kindes

2.2 Leistungen bei Nachhilfe

2.3 Beschädigung von Zahnspangen

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Was ist zusätzlich bei einem Unfall von Kindern versichert?

1.1 Herstellung und Gebrauch von Feuerwerkskörpern

Mitversichert ist der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch von Feuerwerkskörpern, wenn mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

1.2 Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen

Mitversichert ist der Unfall, welcher sich beim Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen ereignet, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein, sofern keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

2 Welche Erweiterungen für weitere unfallbedingte Kosten gelten bei einem Unfall von Kindern?

Bestehen für die versicherte Person bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Voraussetzung für sämtliche nachfolgende Kosten bzw. Leistungen ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die im Folgenden genannten Entschädigungsgrenzen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik/Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

2.1 Rooming-In Leistungen bei Unfall des Kindes

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind

- hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet
- und befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Vollbehandlung
- und es übernachtet ein Erziehungsberechtigter oder eine dem Kind nahestehende Person mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In).

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten von 60,- Euro je Übernachtung

- im Standard-Schutz längstens für 1 Jahr
- im Komfort-Schutz längstens für 1 Jahr
- im Top-Schutz für unbegrenzte Zeit.

2.2 Leistungen bei Nachhilfe

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und ist gleichzeitig nicht in der Lage, die Schule zu besuchen.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten von je 30,- Euro bis zu maximal 100 Tagen.

2.3 Beschädigung von Zahnspangen

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Nach einem Unfall des versicherten Kindes sind Kosten für die Reparatur von Zahnspangen des versicherten Kindes entstanden.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zu einer Entschädigungsgrenze von insgesamt 1.500,- Euro.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

F Besondere Bedingungen zur Marktgarantie für die Unfallversicherung (BB-Marktgarantie)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist

- die Beantragung der Besonderen Bedingungen zur Marktgarantie für die Unfallversicherung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein
- das Bestehen der Unfallversicherung nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz
3. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Welche Voraussetzungen und Ausschlüsse gelten für die Marktgarantie?

1.1 Gegenstand
1.2 Umfang
1.3 Ausschlüsse

2 Welche Besonderheiten gelten für die Marktgarantie?

2.1 Möglichkeit zur Beitragsanpassung
2.2 Kündigung der Marktgarantie
2.3 Vertragliche Obliegenheiten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls
2.4 Beendigung nach Vollendung des 65. Lebensjahres

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Welche Voraussetzungen und Ausschlüsse gelten für die Marktgarantie?

1.1 Gegenstand

Bietet zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ein anderer, zum Betrieb in Deutschland zugelassener Versicherer eine Unfallversicherung mit einem weitergehenden Versicherungsschutz an, als es gemäß dem mit uns abgeschlossenen Vertrag der Fall ist, so erweitern wir für die bei uns versicherten Personen dementsprechend auch unsere Leistung im nachfolgend genanntem Umfang, wenn spätestens 6 Monate nach Abschluss des Schadens

- der Versicherungsnehmer durch Vorlage geeigneter Unterlagen, insbesondere der Versicherungsbedingungen, den weitergehenden Versicherungsschutz und die Identität des betreffenden Versicherers nachweist und
- es sich bei dem Tarif des anderen Versicherers um einen beim Eintritt des Versicherungsfalles aktuellen, für jedermann frei zugänglichen Tarif handelt und der Versicherungsnehmer hiernach bei dem anderen Versicherer versicherbar gewesen wäre und
- der Tarif des anderen Versicherers auf den Allgemeinen Unfallbedingungen basiert, die auch diesem Vertrag zugrunde gelegt sind.

1.2 Umfang

Die Marktgarantie bezieht sich auf den im Hauptvertrag geregelten Versicherungsschutz über

- den Unfallbegriff gemäß II B Ziffern 1.3 bis 1.4 und die dazu in der Top-Schutz (Abschnitt II D) vorgenommenen Erweiterungen;
- die Kosten, die durch einen Unfall tatsächlich entstanden sind und nachgewiesen wurden;
- die Fristen für die Geltendmachung von Leistungen;
- die Wiedereinschlüsse von Ausschlüssen

Die Höhe der Entschädigungsleistung des Versicherers für Leistungen aus der Marktgarantie ist auf 250.000,- Euro begrenzt.

Unsere Entschädigungsleistung bleibt auf die mit uns vereinbarte Versicherungssumme zu den einzelnen Leistungsarten (II B Ziffer 2), Gliedertaxen (II B Ziffer 3.2.2.1) und Progressionsstaffeln (II I) begrenzt.

1.3 Ausschlüsse

Von der Marktgarantie ausgeschlossen bleiben:

- Verbesserungen/Erweiterungen aus Leistungsarten (II B Ziffer 2), Gliedertaxen (II B Ziffer 3.2.2.1) und Progressionsstaffeln (II I);
- Leistungsarten (II B Ziffer 2), die im Tarif zu diesem Unfallkonzept nicht angeboten werden;
- Zahlungen aus pauschalen Kapitalleistungen (z. B. Koma- oder Schmerzensgeld);
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind;
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind;
- Unfälle als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird, bzw. sonstige Leistungsumfänge einer Luftfahrt-Unfallversicherung;
- Unfälle durch Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten inkl. der Übungsfahrten;
- Gesundheitsschäden durch Strahlen;
- Gesundheitsschäden durch Infektionen;
- Gesundheitsschäden durch Impfungen (Impfschäden);
- Unfälle bei Ausübung einer vorsätzlichen Straftat;
- Unfälle, die vorsätzlich herbeigeführt wurden;
- Versicherungsansprüche, welche der Versicherungsnehmer bei einem anderen Versicherer trotz Obliegenheitsverletzung durch den Versicherungsnehmer gehabt hätte, weil der andere Versicherer auf sein Leistungskürzungs- bzw. Leistungsverweigerungsrecht gemäß Versicherungsvertragsgesetz verzichtet;
- Beitragsfreie Leistungsumfänge für Personen, die nach Abschluss dieses Vertrages neu hinzukommen. Für diese gelten ausschließlich die im vorliegenden Vertrag getroffenen Vorsorgebestimmungen (Familienvorsorge);
- Leistungsumfänge, für die bei einem anderen Versicherer Zusatz- oder Zuschlagsbeiträge erhoben werden;

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

- Leistungsumfänge, die der Vertragsversicherer nur gegen Zusatz- oder Zuschlagsbeiträge versichern würde;
- Leistungsumfänge aus Zielgruppenkonzepten (z.B. für Profisportler, Ärzte);
- Leistungsumfänge anderer Versicherungsarten, die nicht einer herkömmlichen Unfallversicherung zuzurechnen sind (z.B. Dread-Disease-Versicherung, Pflegetagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr, Lebensversicherung) sowie Versicherungen, für die der Versicherer dieses Vertrages keine Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb besitzt;
- Assistance- und sonstige versicherungsfremde sowie vom Versicherungsunternehmen extern zugekaufte Dienstleistungen.

2 Welche Besonderheiten gelten für die Marktgarantie?

2.1 Möglichkeit zur Beitragsanpassung

Für die Marktgarantie gilt die Beitragsanpassungsmöglichkeit gemäß II A Ziffer 1.8 entsprechend.

2.2 Kündigung der Marktgarantie

Der Versicherungsnehmer hat das Recht diese Marktgarantie jederzeit zu kündigen, frühestens jedoch nach dem vereinbarten Ablauf der Versicherung. Für die Wirksamkeit seiner Kündigung ist der vom Versicherungsnehmer angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang des Kündigungsschreibens beim Versicherer maßgeblich. Die Kündigung muss in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) erfolgen.

Der Versicherer hat das Recht die Marktgarantie unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Die Kündigung muss in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) erfolgen.

Kündigt der Versicherer die Marktgarantie, hat der Versicherungsnehmer das Recht die gesamte Unfallversicherung (Hauptvertrag) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum selben Zeitpunkt zu kündigen.

2.3 Vertragliche Obliegenheiten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls

Der Versicherungsnehmer hat nach Eintritt des Versicherungsfalls

- die vertraglichen Obliegenheiten des II B Ziffer 12 - soweit zutreffend - zu erfüllen;
- die unter Ziffer 1.1 aufgeführten Voraussetzungen durch geeignete Unterlagen dem Versicherer zu erbringen.

Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig eine dieser Obliegenheiten, so richten sich die Rechtsfolgen hieraus nach II B Ziffer 13.1.

2.4 Beendigung nach Vollendung des 65. Lebensjahres

Die Marktgarantie erlischt jeweils nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherten Personen das 65. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsbeitrag wird um den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

G Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Unfallrente-Plus (BB-Rente-Plus)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist

- die Beantragung der Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung für die Unfallrente-Plus für die Unfallversicherung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein,
- das Bestehen der Unfallversicherung nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz

und sofern vereinbart:

3. II C - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Komfort-Schutz
4. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Welche Erweiterungen gelten für die Unfallrente-Plus?

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

1.2 Art und Höhe der Leistung

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2 Wann erlischt die Unfallrente-Plus wegen Erreichen der Altersgrenzen?

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Welche Erweiterungen gelten für die Unfallrente-Plus?

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1.1 Grundsatz

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 35% aber weniger als 50%.

Beträgt der Invaliditätsgrad mindestens 50% gilt die in II B Ziffer 4 vereinbarte Unfallrente.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die II B Ziffer 3.1 und 3.2 oder die vereinbarten Gliedertaxen vom Komfort-Schutz (Abschnitt II C) bzw. Top-Schutz (Abschnitt II D).

1.1.2 Tod vor Bemessung der Invalidität

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt II B Ziffer 3.2.2.5.

1.1.3 Tod nach Bemessung der Invalidität

Verstirbt die versicherte Person nach Bemessung

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

werden zusätzlich 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung gezahlt. Voraussetzung für diese Zahlung ist, dass ein Anspruch auf Unfallrente-Plus gemäß Ziffer 1.1.1 bereits entstanden ist.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Unfallrente monatlich in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

1.3.1 Grundsatz

Der Versicherer zahlt die Unfallrente

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

1.3.2 Tod oder Senkung vom Invaliditätsgrad aufgrund Neubemessung

Der Versicherer zahlt die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 14.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35% gesunken ist.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Bescheinigung nicht unverzüglich zusendet, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2 Wann erlischt die Unfallrente-Plus wegen Erreichen der Altersgrenzen?

Die Unfallrente-Plus erlischt jeweils nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherten Personen das 65. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsbeitrag wird um den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

H Besondere Bedingungen für den Zuwachs von Leistungen und Beitrag - Dynamik (BB-Dynamik)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist

- die Beantragung der Besonderen Bedingungen für den Zuwachs von Leistungen und Beitrag – Dynamik für die Unfallversicherung sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein,
- das Bestehen der Unfallversicherung den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz
3. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Wie werden Leistung und Beitrag angepasst (Dynamik)?

1.1 Gegenstand der Dynamik – Umfasste Leistungen
1.2 Umfang der Erhöhung, Rundung und Geltung der erhöhten Versicherungssummen
1.3 Erhöhung des Beitrages
1.4 Mitteilung über die Anpassung und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers
1.5 Folgen bei Zahlung des vorherigen Beitrags

2 Wann entfällt die Dynamik?

2.1 Kündigung
2.2 Erreichen der Höchstversicherungssummen

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Wie werden Leistung und Beitrag angepasst (Dynamik)?

Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz.

1.1 Gegenstand der Dynamik – Umfasste Leistungen

An der Dynamik nehmen folgende Leistungen teil:

- Invaliditätsleistung
- Unfallrente
- Übergangsleistung
- Todesfallleistung
- Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld.

Insbesondere bleiben die Entschädigungsgrenzen oder die Leistungsarten, bei denen auf den Ausschluss der Dynamik hingewiesen wird, von der Erhöhung ausgeschlossen.

1.2 Umfang der Erhöhung, Rundung und Geltung der erhöhten Versicherungssummen

Die Versicherungssummen erhöhen sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz.

Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.

Dabei werden die Versicherungssummen

- für den Invaliditätsleistung, Übergangs- oder Todesfallleistung auf volle 1.000 Euro,
- für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld auf volle 1,- Euro und
- für die Unfallrente auf volle 10,- Euro aufgerundet.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Versicherungsfälle nach dem Erhöhungstermin.

1.3 Erhöhung des Beitrages

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

1.4 Mitteilung über die Anpassung und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

Zu dem Anpassungstermin erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung in Textform über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer der Anpassung innerhalb von 6 Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung in Textform (z.B. E-Mail) widerspricht. Auf die Frist wird hingewiesen.

1.5 Folgen bei Zahlung des vorherigen Beitrags

Wenn der Versicherungsnehmer es versäumt, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlt, bleibt trotz Fristablauf der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

2 Wann entfällt die Dynamik?

2.1 Kündigung

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

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

2.2 Erreichen der Höchstversicherungssummen

Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine höhere Versicherungssumme als die gültigen Zeichnungsrichtlinien vorsehen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrages mehr vorgenommen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

I Progressionsstaffeln

Voraussetzung für die Vereinbarung von Progressionsstaffeln ist die Beantragung einer entsprechenden Progressionsstaffel sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Schutz

und sofern vereinbart:

3. II C - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Komfort-Deckung
4. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für die Top-Deckung

Es gilt die gemäß Versicherungsschein dokumentierte Progressionsstaffel:

Inhaltsübersicht

1 Was ist eine Progression in der Unfallversicherung?

2 Mehrleistungen 200 %

3 Progressive Invaliditätsstaffel 225%

4 Progressive Invaliditätsstaffel 300%

5 Progressive Invaliditätsstaffel 350%

6 Progressive Invaliditätsstaffel 400%

7 Progressive Invaliditätsstaffel 500%

8 Progressive Invaliditätsstaffel 600%

9 Progressive Invaliditätsstaffel 1000%

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

II I Progressionsstaffeln

1 Was ist eine Progression in der Unfallversicherung?

Je nach Vereinbarung erhöht sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach II B Ziffer 3 und Ziffer 10 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen ermittelt.

In Ergänzung zu II B Ziffer 3.2 gilt je nach Vereinbarung und im Versicherungsschein dokumentierten Progressionsstaffel die nachfolgende Ziffer 2- 9:

2 Mehrleistungen 200 %

Es wird die doppelte Invaliditätsleistung fällig, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.
- Der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000,- EUR beschränkt.

3 Progressive Invaliditätsstaffel 225%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	195
31	37	46	67	61	108	76	153	91	198
32	39	47	69	62	111	77	156	92	201
33	41	48	71	63	114	78	159	93	204
34	43	49	73	64	117	79	162	94	207
35	45	50	75	65	120	80	165	95	210
36	47	51	78	66	123	81	168	96	213
37	49	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

4 Progressive Invaliditätsstaffel 300%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	260
31	43	46	88	61	144	76	204	91	264
32	46	47	91	62	148	77	208	92	268
33	49	48	94	63	152	78	212	93	272
34	52	49	97	64	156	79	216	94	276
35	55	50	100	65	160	80	220	95	280
36	58	51	104	66	164	81	224	96	284
37	61	52	108	67	168	82	228	97	288
38	64	53	112	68	172	83	232	98	292
39	67	54	116	69	176	84	236	99	296
40	70	55	120	70	180	85	240	100	300

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

5 Progressive Invaliditätsstaffel 350%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	300
31	43	46	88	61	155	76	230	91	305
32	46	47	91	62	160	77	235	92	310
33	49	48	94	63	165	78	240	93	315
34	52	49	97	64	170	79	245	94	320
35	55	50	100	65	175	80	250	95	325
36	58	51	105	66	180	81	255	96	330
37	61	52	110	67	185	82	260	97	335
38	64	53	115	68	190	83	265	98	340
39	67	54	120	69	195	84	270	99	345
40	70	55	125	70	200	85	275	100	350

6 Progressive Invaliditätsstaffel 400%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	28	41	73	56	136	71	226	86	316
27	31	42	76	57	142	72	232	87	322
28	34	43	79	58	148	73	238	88	328
29	37	44	82	59	154	74	244	89	334
30	40	45	85	60	160	75	250	90	340
31	43	46	88	61	166	76	256	91	346
32	46	47	91	62	172	77	262	92	352
33	49	48	94	63	178	78	268	93	358
34	52	49	97	64	184	79	274	94	364
35	55	50	100	65	190	80	280	95	370
36	58	51	106	66	196	81	286	96	376
37	61	52	112	67	202	82	292	97	382
38	64	53	118	68	208	83	298	98	388
39	67	54	124	69	214	84	304	99	394
40	70	55	130	70	220	85	310	100	400

7 Progressive Invaliditätsstaffel 500%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	30	41	105	56	192	71	297	86	402
27	35	42	110	57	199	72	304	87	409
28	40	43	115	58	206	73	311	88	416
29	45	44	120	59	213	74	318	89	423
30	50	45	125	60	220	75	325	90	430
31	55	46	130	61	227	76	332	91	437

II I Progressionsstaffeln

32	60	47	135	62	234	77	339	92	444
33	65	48	140	63	241	78	346	93	451
34	70	49	145	64	248	79	353	94	458
35	75	50	150	65	255	80	360	95	465
36	80	51	157	66	262	81	367	96	472
37	85	52	164	67	269	82	374	97	479
38	90	53	171	68	276	83	381	98	486
39	95	54	178	69	283	84	388	99	493
40	100	55	185	70	290	85	395	100	500

8 Progressive Invaliditätsstaffel 600%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	31	41	121	56	217	71	322	86	460
27	37	42	127	57	224	72	329	87	470
28	43	43	133	58	231	73	336	88	480
29	49	44	139	59	238	74	343	89	490
30	55	45	145	60	245	75	350	90	500
31	61	46	151	61	252	76	360	91	510
32	67	47	157	62	259	77	370	92	520
33	73	48	163	63	266	78	380	93	530
34	79	49	169	64	273	79	390	94	540
35	85	50	175	65	280	80	400	95	550
36	91	51	182	66	287	81	410	96	560
37	97	52	189	67	294	82	420	97	570
38	103	53	196	68	301	83	430	98	580
39	109	54	203	69	308	84	440	99	590
40	115	55	210	70	315	85	450	100	600

9 Progressive Invaliditätsstaffel 1000%

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme	Invaliditäts-grad in %	Leistung in % von der Invaliditäts-grundsumme
1 bis 25	1 bis 25								
26	34	41	169	56	322	71	502	86	748
27	43	42	178	57	334	72	514	87	766
28	52	43	187	58	346	73	526	88	784
29	61	44	196	59	358	74	538	89	802
30	70	45	205	60	370	75	550	90	820
31	79	46	214	61	382	76	568	91	838
32	88	47	223	62	394	77	586	92	856
33	97	48	232	63	406	78	604	93	874
34	106	49	241	64	418	79	622	94	892
35	115	50	250	65	430	80	640	95	910
36	124	51	262	66	442	81	658	96	928
37	133	52	274	67	454	82	676	97	946
38	142	53	286	68	466	83	694	98	964
39	151	54	298	69	478	84	712	99	982
40	160	55	310	70	490	85	730	100	1000

J Besondere Bedingungen für den Baustein „First Aid“ (BB-First Aid)

Voraussetzung für den Versicherungsschutz im nachfolgenden Umfang ist

- die Beantragung der Besonderen Bedingungen für den Baustein „First Aid“ sowie Dokumentation dieser im Versicherungsschein
- das Bestehen der Unfallversicherung nach den Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Standard-Schutz
- das Bestehen einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheits-kostenvollversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen.

Es gelten folgende Bedingungen aus dem Hauptvertrag:

1. II A - Allgemeine Versicherungsbedingungen
2. II B - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Standard-Schutz

und sofern vereinbart:

3. II C - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Komfort-Schutz
4. II D - Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung für den Top-Schutz

In Erweiterung zu den geltenden Bedingungen wird Folgendes vereinbart:

Inhaltsübersicht

1 Was ist der Baustein „First Aid“?

1.1 Leistungsfall

1.2 Leistungsumfang

1.3 Versicherungssumme

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

3 Was für Unterstützungsleistungen werden erbracht?

4 Wann erlischt der der Baustein „First Aid“?

4.1 Beendigung der Unfallversicherung

4.2 Erreichen der Altersgrenzen

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

1 Was ist der Baustein „First Aid“?

1.1 Leistungsfall

Leistungsfall ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einer versicherten Person wegen eines Unfalles, gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen, bzw. dessen Folgen.

Der Leistungsfall beginnt mit der stationären Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

1.2 Leistungsumfang

Nach einem Unfall gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen erstattet der Versicherer, nach Vorleistung einer Krankenversicherung (= deutsche gesetzliche Krankenversicherung, private Krankheitskosten-vollversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung oder sonstiger Versicherung bzw. nach Gewährung der Beihilfe entsprechend den Vorgaben des Bundes oder der Länder), folgende Kosten:

- Stationäre Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers.
- Kosten einer privatärztlichen Behandlung wegen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus. Dazu gehören auch die notwendigen Operationskosten.
- Verlegungskosten, wenn die versicherte Person während der stationären Behandlung eine Verlegung in eine andere Klinik zur weiteren stationären Behandlung wünscht. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Es wird jedoch nicht ein eventueller mit der privaten Krankheitskostenvollversicherung oder der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarter Selbstbehalt ersetzt. Gleiches gilt für die Zuzahlungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

1.3 Versicherungssumme

1.3.1 Im Inland

Die Höhe der Leistungen im Inland ist für jede versicherte Person eines Vertrages auf 50.000,- Euro je Unfallereignis begrenzt.

1.3.2 Im Ausland

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen Wohnsitz hat. Die Entschädigung für alle versicherten Kosten ist je versicherte Person auf 500.000,- Euro je Unfallereignis begrenzt. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

1.3.3 Verlegungskosten

Abweichend von Ziffer 1.3.1 und Ziffer 1.3.2 ist die Entschädigungsleistung im In- und Ausland auf 5.000,- Euro begrenzt.

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

Nach einem Unfall muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich den Vorgang bei der Domcura AG / Nordvers GmbH Notfallzentrale melden.

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer auf Anforderung des Versicherers eine Abtretungserklärung seiner Ansprüche gegen die in Ziffer 1.2 genannte Krankenversicherung zu übersenden.

Ansonsten gelten die Bestimmungen des II B Ziffer 12. Auf die Folgen bei Nichtbeachtung von Obliegenheiten gemäß II B Ziffer 13 wird besonders hingewiesen.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich

3 Was für Unterstützungsleistungen werden erbracht?

Der Versicherer erbringt in Folge eines ersatzpflichtigen Unfalles bzw. dessen Folgen gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen der versicherten Person die im Einzelnen aufgeführten Beistandsleistungen als Ersatz für aufgewandte Kosten:

3.1 Versicherungsfälle im Inland

- Organisation der medizinischen Hilfeleistungen, Verlegung in eine andere Klinik und die Überführung im Todesfall.
- Kostenübernahmeerklärung vor Ort (aus medizinischen Gründen notwendiger Krankenrücktransport und Überführungskosten u. a.).

3.2 Versicherungsfälle im Ausland

Zusätzlich zu Ziffer 3.1

- Vermittlung ärztlicher Betreuung.
- Erleidet eine versicherte Person bei einem Aufenthalt im Ausland einen ersatzpflichtigen Unfall gemäß den vertraglichen Unfallbedingungen, so informiert der Versicherer auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellt, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.
- Übermittlung von Nachrichten an die Familie der versicherten Person bei Unfällen im Ausland.

4 Wann erlischt der der Baustein „First Aid“?

4.1 Beendigung der Unfallversicherung

Mit Beendigung der Unfallversicherung erlischt auch der Baustein „First Aid“.

4.2 Erreichen der Altersgrenzen

Der Baustein „First Aid“ erlischt jeweils nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherten Personen das 65. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsbeitrag wird um den hierfür gültigen Tarifbeitrag abgesenkt.

DC/UV/P30025/2024/10/V03

C1 – Öffentlich