Verbraucherinformation für Gruppen-Unfallversicherungen

in der Fassung 01/2024

212530372 2401

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise 4

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht 7

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024) 8

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

- Besondere Bedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung Sonderbedingungen „Unfall Ass für Firmen“ 20
- Besondere Bedingungen Gruppen-Unfallversicherung – Kumulrisiko 38
- Sonderkonzept Vereine/Verbände Besondere Bedingungen Gruppen-Unfallversicherung – Sonderbedingungen (vv) 39
- Sonderkonzept Vereine/Verbände Besondere Bedingungen Gruppen-Unfallversicherung – Sonderbedingungen Plus (vvp) 40

Zusatzvereinbarungen zum Vertrag 43

U142 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung 44

Mögliche Zusatzbedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung

- U143 Besondere Bedingungen für die Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen bei Gruppen-Unfallversicherungen ohne Direktanspruch 45
- U144 Besondere Bedingungen zur Sicherstellung des Informationsflusses an die versicherte Person im Rahmen einer Vereins-/Verbands-Unfallversicherung 46
- U150 Progressive Invaliditätsstaffel (225 %) 46
- U154 Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen 46
- U157 Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90% 46
- U158 Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle 46
- U162 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Leistungen ab einem Invaliditätsgrad von 20% 46
- U163 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5% 47
- U165 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Heilkosten in die Unfallversicherung 47
- U166 Progressive Invaliditätsstaffel (300%) 47
- U167 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % 47
- U170 Bergungskosten 47
- U173 Sondertarife für Vereine, Industrie, Handels-/Handwerks- und andere Kammern, Innungen, Wirtschafts-/Fachverbände, sonstige Vereinigungen 48
- U174 Sondertarife für Vereine ohne Sportbetrieb (Gesangs-, Musik-, Opern- und Theatervereine, gesellige Vereine, Trachten-, Traditions- und Schützenvereine) 48

Inhaltsverzeichnis

- U192 Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50% 48
- U193 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%) 49
- U194 Progressive Invaliditätsstaffel (500%) 49
- U196 Verbesserte Übergangsleistung 49
- U197 Kosten für kosmetische Operationen 49
- U199 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurbeihilfe in der Unfallversicherung 49
- KL6016 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung 50
- KL6046 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschädigungen durch Strahlen in der Unfallversicherung 50
- KL6055 Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Ärzte (verbesserte Gliedertaxe) in der Unfallversicherung 50
- KL6056 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer verbesserten Gliedertaxe in der Unfallversicherung 50
- KL6057 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer verbesserten Gliedertaxe 100% in der Unfallversicherung 51
- KL6165 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten 51
- KL6426 Kumulrisiko 52
- KL6436 Besondere Bedingungen für die pauschale Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Gruppen-Unfallversicherung 52
- KL6800 Nur eingeschränkt oder nicht versicherbare Personen 52

Information zur Verwendung Ihrer Daten 54

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland 57

ZURICH

I. Informationspflichten gemäß § 7 Versicherungsvertragsgesetz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung zu den Informationspflichten (§ 7 Versicherungsvertragsgesetz) regelt den Umfang der Verbraucherinformation zu Versicherungsverträgen. Nachfolgend erhalten Sie diese Informationen bzw. einen Überblick darüber, wo Sie diese entnehmen können.

Ihr Versicherer und ladungsfähige Anschrift

Zurich Insurance Europe AG
Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt am Main (HRB 133359)
Aufsichtsratsvorsitzende: Alison Martin
Vorstand: Markus Klose (Vors.)

Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland
vertreten durch den Leiter der Niederlassung:
Dr. Carsten Schildknecht

50427 Köln
Tel. 0221 7715-7750
Fax 0221 7715-6666
www.zurich.de

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Gegenstand des Unternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens im In- und Ausland und von sonstigen Geschäften, die in engem wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsbetrieb stehen. Lebens- und substitutive Krankenversicherungen übernimmt die Gesellschaft nur als Rückversicherer.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach dem Versicherungsschein, dem Antrag, den beantragten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Sonderbedingungen, Zusatzbedingungen und/oder Klauseln sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

Den mit Ihnen vereinbarten Leistungsumfang können Sie Ihrem Antrag, Ihrem Versicherungsschein und den allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Versicherungsbeitrag/-prämie

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag/Angebot.

Der zu zahlende Beitrag/die zu zahlende Prämie enthält die zum Zeitpunkt der Antragstellung gültige Versicherungsteuer.

Ist für den Jahresbeitrag/die Jahresprämie Ratenzahlung vereinbart, können folgende Zuschläge berechnet werden:

Zahlungsweise halbjährlich	3 %
Zahlungsweise vierteljährlich und monatlich	5 %

Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen – außer der gesetzlichen Versicherungsteuer, Mahngebühren sowie der Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines SEPA-Lastschriftverfahrens – werden nicht erhoben.

Sie haben das Recht, jederzeit gegen Erstattung der Kosten Abschriften der Erklärungen zu fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag, insbesondere bei der Antragstellung und im Schadenfall, abgegeben haben.

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsablaufs können jedoch Telekommunikationskosten für Sie entstehen, wenn Sie uns kontaktieren. Ist in Ihren Unterlagen eine Service-Nummer angegeben, unter der Sie uns erreichen können, informieren wir Sie dort über die Höhe der Telekommunikationskosten. Für unsere Festnetznummern fallen die Gebühren Ihres Telekommunikationspartners an.

Belehrung über die Rechtsfolgen bei Nichtzahlung des Erstbeitrages/der Erstprämie

Der Erstbeitrag/die Erstprämie oder einmalige Beitrag/Prämie muss von Ihnen rechtzeitig gezahlt werden. Wenn Sie Zahlung durch Lastschrift mit uns vereinbart haben, so ist der Beitrag/die Prämie dann rechtzeitig gezahlt, wenn sie (für die einzelnen Versicherungsverträge getrennt) bei Fälligkeit von Ihrem Konto eingezogen werden kann. Der Beitrag/die Prämie ist fällig nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und wird dann unverzüglich (d. h. innerhalb der Zahlungsfrist von weiteren 14 Tagen) von Ihrem Konto abgebucht. Sofern Sie keine Lastschrift mit uns vereinbart haben (Selbstzahler), müssen Sie den Beitrag/die Prämie nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins dann unverzüglich (d. h. innerhalb der Zahlungsfrist von weiteren 14 Tagen) an uns zahlen.

Ist der Erstbeitrag/die Erstprämie oder einmalige Beitrag/Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, so sind wir als Versicherer auch nicht zur Leistung verpflichtet, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben. Sie verlieren also dann den Versicherungsschutz für den Vertrag, für den Sie den Beitrag/die Prämie nicht gezahlt haben.

Falls Sie hingegen die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben, so bleibt der Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit erhalten.

Solange der Beitrag/die Prämie nicht rechtzeitig gezahlt wurde, steht uns als Versicherer der Rücktritt vom Vertrag zu, es sei denn Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Sofern Ihnen eine vorläufige Deckung erteilt wurde, erlischt diese gleichzeitig rückwirkend, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Das Ihnen unterbreitete Angebot hat eine Gültigkeit von drei Monaten und gilt vorbehaltlich einer Änderung der vom Gesetzgeber festgelegten Versicherungsteuer sowie einer endgültigen Risikoprüfung.

Zustandekommen des Vertrages und Bindefrist des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Vertragserklärungen zustande, regelmäßig dadurch, dass der Versicherer den Antrag des Versicherungsnehmers durch Übersendung des Versicherungsscheins annimmt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem von den Parteien vereinbarten Zeitpunkt, sofern die Erst- oder Einmalprämie vom Versicherungsnehmer rechtzeitig gezahlt wird.

Der Versicherungsnehmer ist an seinen Antrag gebunden, es sei denn, dass er die Gebundenheit ausgeschlossen hat. Dies ergibt sich aus § 145 BGB.

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. Brief, Fax, E-Mail) 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**
- **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:

Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland
50427 Köln

E-Mail: vertrag@zurich.com

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0221 7715 6666

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir als Versicherer erstatten Ihnen den auf die Zeit vor und nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien/der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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 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;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien/die Beiträge 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;
6. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;

   Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien/der Beiträge;
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 der 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. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrages

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag/Angebot oder Versicherungsschein.

Beendigung des Vertrages

Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängern sich Versicherungsverträge mit mindestens einjähriger Dauer stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

Ein Versicherungsvertrag, der für die Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen worden ist, kann von Ihnen zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt werden.

Anwendbares Recht und Rechtsweg

Es gilt deutsches Recht.

Wenn Sie uns verklagen, können Sie Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag bei den nachfolgenden Gerichten geltend machen:

a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist oder das örtlich zuständige Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes.

b) Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen, können wir Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei nachfolgenden Gerichten geltend machen:

a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist.

b) Haben Sie einen Geschäfts- oder Gewerbebetrieb, außerdem das Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebes befindet.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch, sofern im Einzelfall nicht etwas anderes vereinbart wird.

Versicherungsombudsmann

Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Informationen über den Versicherungsombudsmann, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter: www.versicherungsombudsmann.de

Die Postanschrift lautet:
Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail an uns wenden: vertrag@zurich.com

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Aufsichtsbehörde

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der nachfolgend aufgeführten Behörde:

Deutschland

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Deutschland

Bei Fragen oder Beanstandungen, die im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, können Sie sich an die BaFin wenden.

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich von ihr entschieden werden.

II. Sanktionsklausel

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

III. Folgende Klausel gilt nur, wenn versicherte Risiken im Ausland gelegen sind oder grenzüberschreitend transportiert werden:

Der Versicherungsnehmer ermächtigt Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die physische oder elektronische Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen und für statistische Auswertungen. Zurich kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften und Partnerunternehmen der Zurich Insurance Group sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) zur Verarbeitung weiterleiten. Sofern ein Versicherungsvermittler (Broker) für den Versicherungsnehmer handelt, ist Zurich ermächtigt, diesem Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Inkasso und Versicherungsfälle – bekannt zu geben.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Personenbezogene Angaben (z. B. zur Unfallversicherung), die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Zurich Insurance Europe AG in Textform nachzuholen.

Die Angaben können gerichtet werden an:
Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland
50427 Köln

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)

Fassung 01/2024

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

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

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

1.2 Geltungsbereich

1.3 Unfallbegriff

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.2 Übergangsleistung

2.3 Tagegeld

2.4 Krankenhaustagegeld

2.5 Genesungsgeld

2.6 Todesfallleistung

2.7 Unfallrente

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

4.2 Nicht versicherte Berufsgruppen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2 Mitteilung der Berufsänderung

6.3 Auswirkung der Berufsänderung

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

9.2 Fälligkeit der Leistung

9.3 Vorschüsse

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

10.4 Versicherungsjahr

10.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

11.6 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

13.4 Anfechtung

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Gefahrerhöhung während der Vertragslaufzeit

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

15.2 Aussetzung der Verjährung

16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

16.2 Zuständige Gerichte

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?

18 Welches Recht findet Anwendung?

19 Vollmachten des Versicherungsvertreters

20 Versicherte Personen im Ausland

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags:

- weltweit und
- rund um die Uhr

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

  Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

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

1.4.2 Gase und Dämpfe

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch plötzlich ausströmende Gase, Dämpfe, Dünste und Staubwolken, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3 Unfälle im Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person im Wasser plötzlich unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt, erfriert oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis eingetreten ist (z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen).

  Die Kosten für die Dekompressionskammer gelten im Rahmen und Umfang der Bergungskosten mitversichert.

1.4.4 Rettung von Menschenleben oder Sachen

Die versicherte Person erleidet bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen (einschließlich Tieren) eine Gesundheitsschädigung.

Abweichend von Ziffer 1.3 AUB gilt diese durch äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person verursachte Gesundheitsschädigung in jedem Fall als unfreiwillig und ist versichert.

1.4.5 Infektionen

1.4.5.1 Allgemeine Infektionen

Als Unfall gilt auch die Infektion der versicherten Person

- mit Tollwut oder Tetanus (Wundstarrkrampf).
- mit Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten.

  Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff. 5.2.3).
- die durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper der versicherten Person entstanden ist. Tröpfchen und Schmierinfektionen erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht.

1.4.5.2 Versicherung bestimmter Infektionskrankheiten (Immun-Klausel)

Als Unfall gilt auch die Infektion mit einem Erreger der folgenden Infektionskrankheiten, auch trotz vorheriger Schutzimpfung:

- Brucellose,
- Cholera,
- Diphterie,
- Dreitagefieber,
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm),
- epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Masern,
- Mumps,
- Pest,
- Pfeiffersches Drüsenfieber,
- Pocken,
- Röteln,
- Scharlach,
- Typhus/Paratyphus oder
- Windpocken/Gürtelrose.

Bei diesen abschließend aufgezählten Infektionskrankheiten ist es nicht notwendig, dass die Krankheitserreger

- durch eine Durchtrennung der äußeren Hautschicht, oder
- durch ein Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

1.4.5.3 Insektenstiche und Insekten-/Tierbisse

Als Unfall gelten auch die folgenden Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden:

- Borreliose,
- Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis (FSME),
- Malaria,
- Fleckfieber,
- Gelbfieber,
- Schlafkrankheit,
- Tetanus (Wundstarrkrampf),
- Tollwut,
- Tularämie (Hasenpest)

Versicherungsschutz besteht auch, wenn es sich um eine erstmalige Infektion nach einer Schutzimpfung handelt.

Ausgeschlossen bleiben jedoch berufsbedingte Gesundheitsschädigungen durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen.

1.4.5.4 Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten

Mitversichert sind auch durch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten hervorgerufene Gesundheitsschädigungen (Impfschäden) gegen die in Ziff. 1.4.5.2 und 1.4.5.3 aufgeführten Krankheiten.
Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit.

1.4.5.5 Allergische Reaktionen

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

1.4.5.6 Blutvergiftung/Wundinfektion

Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziff. 1.3 sind zudem mitversichert:

- Blutvergiftungen und Wundinfektionen,
- Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde,
- Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

1.4.5.7 Für die Ziffern 1.4.5.1 – 1.4.5.5 gilt:

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt – abweichend von Ziff. 10 – nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt mit Ausstellung des Versicherungsscheins bzw. des Nachtrags. Erstmalige Infektionen bzw. Gesundheitsschädigungen, die sich vor Ablauf der Wartezeit manifestieren, sind nicht versichert.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen, die wir in der Unfallversicherung anbieten.

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

2.1. Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

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

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.
Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Eine vereinbarte Progressionsstaffel und weitere Leistungsverbesserungen können zur Erhöhung der Leistung führen.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogens	65 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogens	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.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Diese Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten P erson

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

– Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstorben und

– die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 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.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Wir zahlen das Tagegeld nach Ablauf der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Karenzzeit für die Dauer der ärztlichen Behandlung, frühestens für den ersten Tag nach Ablauf der Karenzzeit, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

  Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose).

  Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- als einfachen Tagessatz für ambulanten Operationen bzw. Erstversorgung des Knochenbruches.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 150 Tage.

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

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dazu die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.3 Zusätzliche Bestattungskosten

Wird die Todesfallleistung fällig, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:

Unmittelbar mit der Bestattung zusammenhängende Kosten (z. B. Kauf einer Grabstätte, Kosten für Sarg oder Urne, Blumen, Kränze, Todesanzeigen) übernehmen wir bis zu 10% der vereinbarten Todesfallsummen, maximal 5.000 EUR, soweit uns diese Kosten durch Rechnung nachgewiesenen werden. Kosten für die Trauerkleidung und die Bewirtung der Trauergäste werden nicht erstattet.

2.7 Unfallrente (U192)

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%. Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die

Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

2.7.4 Berechnungsgrundlage und Neubemessung des Invaliditätsgrades

Der nach Ziffer 2.7.1 maßgebliche Invaliditätsgrad bemisst sich nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4. Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen, progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen bleiben unberücksichtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad kann gemäß Ziffer 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

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

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der im Vertrag vereinbarte Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

- bei 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.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mindestens Pflegegrad 3 gem. § 15 SGB XI).

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

4.1.2 Der für die in Ziffer 4.1 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteter Beitrag ist zurückzuzahlen.

4.2 Nicht versicherte Berufsgruppen:

Artisten, Berufstaucher, Berufs-, Vertrags-, Lizenz- und Kampfsportler sowie deren Vereine, Mitarbeiter von Berufsfeuerwehren, Munitionssuch-, -entschärfungs- und –räumtrupps, in der Offshore-Industrie tätige Personen, Polizisten, Rennfahrer (auch Motorrad- und Motorbootrennfahrer; auch dbzgl. Trainings), Rennreiter, Schiffsbesatzungen, Soldaten, Sprengpersonal, Stuntmen u. ä., Tierbändiger und unter Tage tätige Personen.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch 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,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Klarstellung: Mitversichert sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Peron an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat, oder, wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf den Seiten der Unruhestifter.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese 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.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

  Ausnahme: Unfälle als Führer von unbemannten Flugmodellen. Für diese gilt der Ausschluss nicht.
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Es besteht Versicherungsschutz für das gelegentliche Mitfliegen als Fluggast in Segelflugzeugen, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Ballonen. Mitversichert sind auch das gelegentliche Kitesurfen, Parasailing und der Tandem-Fallschirmsprung.

Das Kitesurfen wird ausdrücklich nicht als das Führen von Luftfahrzeugen bzw. Luftsportgeräten angesehen.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahr-

ten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorbahnen zur Verfügung gestellt werden, gelten als versichert. Das gilt jedoch nur, soweit die Fahrten

- reinen Freizeitcharakter aufweisen,
- nicht einer Kart-Serie angehören,
- nicht dem Kartsport zuzurechnen sind,
- die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert sind.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 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 diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und -therapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder 1.4 veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Ausgeschlossen sind Infektionen, die nicht nach Ziff. 1.4.5 versichert sind.

Des Weiteren ausgeschlossen sind

- die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten),
- Infektionskrankheiten, die die versicherte Person im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (Pandemie) erleidet. Ein Zusammenhang mit einer Pandemie besteht dann, wenn die zuständige Gesundheitsorganisation (WHO) eine Infektionskrankheit gemäß Art. 12 der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) festgestellt hat und diese Krankheit ab dem Tag der WHO-Feststellung bei der versicherten Person ärztlich diagnostiziert wurde.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Durch eine Änderung der Berufstätigkeit können sich neue risikorelevante Umstände ergeben, die individuell geprüft werden müssen und zu einer Anpassung des Vertragsinhalts führen können.

Hinweis: Insbesondere der Wechsel zwischen einer körperlich/handwerklichen Tätigkeit und einer kaufmännisch/verwaltenden Tätigkeit löst eine Überprüfung der Risikoverhältnisse aus.

6.2 Mitteilung der Berufsänderung

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

6.3 Auswirkungen der Berufsänderung

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 uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

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

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

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

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

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

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.5 Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, so ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Diese Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen sobald uns 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 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu.

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1% jährlich zu verzinsen. Kommt es im Ergebnis zu einer niedrigeren Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück. Bei einem Betrag von unter 1.000 EUR verzichten wir auf eine Rückforderung.

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Form der Kündigung

Alle Kündigungen müssen von Ihnen in Textform erklärt werden (z. B. Brief, Fax, E-Mail) und sind nur wirksam, wenn sie innerhalb der jeweiligen Frist zugehen.

10.2.3 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.4 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben,

  oder

- wenn wir erstmal eine Invaliditätsleistung oder die Unfall-Rente gezahlt haben,

  oder

- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

10.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Je nach Vereinbarung können Sie die Beiträge im Voraus bezahlen. Entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag.

Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode. Sie beträgt bei

- Monatsbeiträgen einen Monat
- Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr
- Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

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

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Uns steht in diesem Falle eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.2.4 Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, so sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet. Voraussetzung ist, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolgen der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden 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.

11.3.2 Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung betragen.

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) unverzüglich zahlen.

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklä-

rung entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Widerrufsbelehrung auf das Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen haben und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Widerrufsbelehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

11.6 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

13.2.1 Rücktritt

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

Uns steht der Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Gefahrerhöhung während der Vertragslaufzeit

14.1 Begriff der Gefahrerhöhung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn nach Abgaben Ihrer Vertragserklärung die tatsächlich vorhandenen Umstände so verändert werden, dass der Eintritt des Versicherungsfalles oder einer Vergrößerung des Schadens oder unsere ungerechtfertigte Inanspruchnahme wahrscheinlicher wird.

Eine Gefahrerhöhung kann insbesondere - aber nicht nur - vorliegen, wenn sich ein gefahrerheblicher Umstand ändert, nach dem wir vor Vertragsschluss gefragt haben.

Eine Gefahrerhöhung nach Absatz 1 und 2 liegt nicht vor, wenn sich die Gefahr nur unerheblich erhöht hat oder nach den Umständen als mitversichert gelten soll.

14.2 Ihre Pflichten

Ohne unsere Einwilligung darf nach Zustandekommen des Vertrages keine Gefahrerhöhung mehr vorgenommen werden.

Erkennen Sie nachträglich, dass ohne unsere Zustimmung eine Gefahrerhöhung vorgenommen wurde, so haben Sie uns dies unverzüglich zu melden.

Tritt nach Abgabe der Willenserklärung die Gefahrerhöhung unabhängig von Ihrem Willen ein, so haben Sie uns die Gefahrerhöhung nach Ihrer Kenntnisnahme unverzüglich anzuzeigen.

14.3 Die Ausübung von gefahrerhöhenden Tätigkeiten außerhalb des Berufes oder die Änderung der Berufstätigkeit kann zu einer grundsätzlichen Überprüfung des Versicherungsumfanges führen.

14.4 Bieten wir nach unserem gültigen Tarif Versicherungsschutz für diese neue Berufstätigkeit, dann können wir ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden Beitrag verlangen oder gar die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen.

Erhöht sich der Beitrag dadurch um mehr als 10% oder schließen wir die Absicherung der höheren Gefahr aus, dann können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In der Mitteilung haben wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.

14.5 Sofern wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unserem gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz bieten, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf von einem Monat, nachdem diese neue, für uns nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen wurde. Gleichzeitig endet die Versicherung für diese versicherte Person.

Den Beitrag, der ab dem genannten Zeitpunkt für die betroffene versicherte Person entrichtet wurde, zahlen wir Ihnen zurück.

14.6 Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall nach der Gefahrerhöhung eintritt und Sie Ihre Verpflichtung gemäß Ziffer 14.2 Abs. 1 vorsätzlich verletzt haben. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung sind wir berechtigt unsere Leistung nach der Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Sie tragen die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit.

Bei einer Gefahrerhöhung gemäß Ziffer 14.2 Abs. 2 und 3 sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem uns die Anzeige hätte zugegangen sein müssen. Wir sind zu Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht gemäß Ziffer 14.2 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht. Im Fall einer groben Fahrlässigkeit gilt Ziffer 14.6 Abs. 1 S. 2.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn uns die Gefahrerhöhung zu dem Zeitpunkt zu dem uns die Anzeige hätte zugegangen sein müssen, bekannt war.

14.7 Kündigung

Verletzen Sie ihre Verpflichtungen nach Ziffer 14.2, dann können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie Ihre Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt haben. Das Nichtvorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen. Beruht die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, können wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wird uns eine Gefahrerhöhung in den Fällen nach Ziffer 14.2 Abs. 2 oder 3 bekannt, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

14.8 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zur Kündigung oder Vertragsanpassung nach Ziffer 14.4 und 14.7 erlöschen, wenn wir diese nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnisnahme von der Gefahrerhöhung ausüben oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden haben.

14.9 Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen,

- soweit Sie uns nachweisen, dass die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war

  oder

- wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für unsere Kündigung abgelaufen oder eine Kündigung nicht erfolgt war

  oder

- wenn wir statt der Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechend höheren Beitrag verlangen.

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

16 An wen könne Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

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

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Sitzes, des Sitzes Ihrer Niederlassung, Ihres Wohnortes, oder wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss ihren Sitz, den Sitz ,Ihrer Niederlassung, Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

16.2 Zuständige Gerichte

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

Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder den für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

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

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 Vollmacht des Versicherungsvertreters

19.1 Ihre Erklärungen

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Ihre abgegebenen 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.

19.2 Unsere Erklärungen

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, von uns ausgefertigte Versicherungsscheine oder deren Nachträge an Sie zu übermitteln.

19.3 Zahlungen an den Versicherungsvertreter

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen anzunehmen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages an ihn leisten. Eine Beschränkung dieser Vollmacht müssen Sie nur gegen sich gelten lassen, wenn Sie die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannten oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannten.

20 Versicherte Personen im Ausland

Für versicherte Personen, welche ihren Wohnsitz im Ausland haben, gelten besondere Vertragsbestimmungen. Sollte keine gesetzlich vorgeschriebene Meldepflicht bestehen, so ist der gewöhnliche Aufenthalt der versicherten Person dem ständigen Wohnsitz gleichzusetzen.

- Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag stehen ausdrücklich dem Versicherungsnehmer zu, sofern und soweit dieser seinen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat. Ein direkter Anspruch der versicherten Person oder des Bezugsberechtigten aus dieser Police ist in diesen Fällen ausgeschlossen.
- Versicherte Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland werden im Versicherungsvertrag und seinen Nachträgen nicht namentlich genannt.
- Der Versicherer als Steuerentrichtungsschuldner entrichtet die Versicherungssteuer für Rechnung des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland.

Besondere Bedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung

Sonderbedingungen: Unfall Ass für Firmen

in der Fassung 01/2024

Ausgabe 01/2024

Allgemeine Hinweise

Abschnitt A

- Erweiterter Versicherungsumfang –

1. Verlängerte Meldefristen
2. Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades
3. Verbesserte Gliedertaxe (KL6056)
4. Mehrleistung und progressive Invaliditätsstaffeln
5. Mitwirkungsanteil
6. Krankenhaus-Selbstbehalt
7. Verbesserte Übergangsleistung (U196)
8. Vorableistungsanspruch
9. Sofortleistung bei Schwerverletzungen
10. Verlängerte Meldefrist bei Tod
11. Verschollenheit
12. Tagegeld und Wegfall der Karenzzeit
13. Krankenhaustagegeld in Nicht-Akut-Häusern und bei Entfernung von Osteosynthesematerial
14. Krankenhaustagegeld bei ambulanter Operation
15. Krankenhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik
16. Krankenhaustagegeld im Ausland
17. Mitversicherung von Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz (U197)
18. Kostenersatz Zahnimplantat
19. Bergungskosten (U170)
20. Rückholkosten
21. Infektionen und Schutzimpfungen, Insektenstiche/-bisse
22. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen
23. Herzinfarkt und Schlaganfall
24. Mitversicherung von komatösen Zuständen
25. Kurkostenbeihilfe (U199)
26. Medizinische Hilfsmittel
27. Unfälle durch Raubüberfall und Geiselnahme
28. Behinderungsbezogene Umbaukosten
29. Zusatzleistung für Tunnel-, Fähr- und ÖPNV-Unfälle
30. Psychologische Therapie oder Selbstverteidigungskurs
31. Psychische Reaktionen
32. Kosten für eine Haushaltshilfe
33. Extreme Witterungs- und Temperatureinflüsse
34. Lebensretter
35. Nahrungsmittelvergiftungen
36. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug
37. Bewusstseinsstörungen
38. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse
39. Fahrtveranstaltungen
40. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (KL6046)
41. Medizinische Eingriffe
42. Verlängerte Frist bei Änderung der Berufstätigkeit
43. Obliegenheiten
44. Berufsausübung aus Pflichtgefühl
45. Versehensklausel
46. Kündigungsfrist im Schadenfall
47. Nur eingeschränkt oder nicht versicherbarer Personenkreis (KL6800)
48. Kumulklausel (KL6426)
49. Versicherungsschutz ab dem 75. Lebensjahr und Vertragsbeendigung mit Vollendung des 80. Lebensjahres
50. Umschulungsmaßnahmen
51. Insassen-Unfallversicherung in betriebseigenen oder betriebsbedingt/dienstlich genutzten Kraftfahrzeugen
52. Zusatzleistung für Fahrer und Beifahrer ausgebauter Sonder-Kraftfahrzeuge
53. Firmengäste und Geschäftskunden
54. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von mitfahrenden Pflegepatienten in Kraftfahrzeugen des betreuenden Pflegedienstes
55. Attestkosten und Einkommensausfall bei Selbstständigen
56. Tropen- und Polarklausel für berufliche Aufenthalte

Abschnitt B

- Assistanceleistungen und Reha-Manager

A. Informationsleistungen

(1) Zusendung von Formularen

(2) Informationen zu Wellness- und Gesundheitsreisen

(3) Informationen zu Ernährung und Sportvereinen

(4) Reiseinformationsleistungen

(5) Informationen zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke

(6) Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnungen/ Haus/Kraftfahrzeug

(7) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

(8) Gesundheitstelefon

B. Hilfeleistungen im Inland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Leistungsumfang

(1) Installation einer Hausnotrufanlage

(2) Menüservice

(3) Besorgungen/Einkäufe

(4) Begleitung/Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

(5) Reinigung der Wohnung

(6) Pflanzenpflege

(7) Reinigung von Treppenhäusern und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern

(8) Versorgung der Wäsche

(9) Fahrdienst zur Krankengymnastik/-therapie

(10) Organisation einer Haustierbetreuung

(11) Gartenpflege

(12) Kinderbetreuung

C. Hilfeleistungen im Ausland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Leistungseinschränkungen

Leistungsumfang

(1) Vermittlung ärztlicher Betreuung

(2) Arzneimittelversand

(3) Krankenrücktransport

(4) Kosten für Krankenbesuch

(5) Rückholung von mitreisenden Kindern

(6) Hilfe im Todesfall

(7) Hilfeleistung in besonderen Notfällen

D. Pflegeleistungen

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Leistungsumfang

(1) Tägliche Grundpflege

(2) Verhinderungspflege

(3) Pflegeberatung

(4) Pflegeschulung für Angehörige

(5) Tag- und Nachtwache

(6) Benennung eines Pflegedienstes

(7) 24 Stunden Pflegeplatzgarantie

E. Reha-Manager

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Leistungsumfang

(1) Informationsleistungen

(2) Medizinische Rehabilitation

(3) Berufliche Rehabilitation

(4) Rehabilitation eines Kindes

(5) Soziales Umfeld

Die primär diesem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB) werden um diese besonderen Bedingungen ergänzt. Jede der folgenden Ziffern und Klauseln ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn sie im Versicherungsschein, in dessen Nachträgen bzw. im Deckungskonzept ausdrücklich als vereinbart genannt wird.

Allgemeine Hinweise

I. Angemessene Sorgfalt

Sie als Versicherungsnehmer sowie alle versicherten Personen sind im Sinne des § 82 VVG 2008 bei Eintritt des Versicherungsfalles verpflichtet, angemessene Sorgfalt walten zu lassen, um jegliche Schäden oder Umstände zu vermeiden bzw. zu vermindern, die zu einem Anspruch im Rahmen dieses Vertrages führen könnten.

II. Abtretung

Jede Abtretung dieses Vertrages bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Zurich.

Abschnitt A

Erweiterter Versicherungsumfang

1. Verlängerte Meldefristen

1.1 Invaliditätsleistung

Die Invalidität ist, abweichend von Ziffer 2.1.1.2 AUB, innerhalb von 30 Monaten vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Die Invalidität ist, abweichend von Ziffer 2.1.1.3 AUB, innerhalb von 30 Monaten vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend zu machen.

Die Fristen gelten eingehalten, wenn für die ärztliche Feststellung und Geltendmachung der behandelnde oder ein anderer Arzt vom Versicherungsnehmer (Versicherten) oder Versicherer rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen angeschrieben/ beauftragt wurde und dieser seine Informationen nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

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

1.2 Unfallrente

Der Anspruch auf die Unfallrente muss abweichend von Ziffer 2.7 bzw. 2.1.1.2 und 2.1.1.3 AUB innerhalb von 30 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden.

2. Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 2.7.4 Abs. 1 AUB gilt:

Der Grad der unfallbedingten Invalidität kann gemäß Ziffer 9.4 AUB auf

- Ihren oder unseren Wunsch jährlich,
- für uns längstens bis zu zwei Jahre,
- für Sie längstens bis zu drei Jahren

nach dem Eintritt des Unfalles erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern, die zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, gilt für die Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren.

3. Verbesserte Gliedertaxe

3.1 Verbesserte Gliedertaxe (KL6056)

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

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

eines Armes oder einer Hand	80 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden ersetzt	70%
eines Beines oder eines Fußes	80%
einer großen Zehe	15%
einer anderen Zehe	8%
eines Auges	60%
des Gehörs auf einem Ohr	40%
des Geruchs	15%
des Geschmacks	15%
der Stimme	100%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
eines Lungenflügels	50%
der Milz	10%
der Niere, bei Erhalt der anderen Niere	25%
der Niere, sofern eine Niere bereits vor dem Unfall fehlte	75%
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch den selben Unfall	100%

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

3.2 Verlust der Sehkraft oder des Gehörs

3.2.1 Die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person ist vor dem Unfall vollständig verloren. Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB und Ziffer 3.1 dieser Besonderen Bedingungen gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %.

Insgesamt gilt für diese Ziffer 3: Der Verlust der Sehkraft eines Auges oder beiden Augen beinhalten den dauerhaften und gänzlichen Verlust der Sehkraft, der als eingetreten gilt:

a) auf beiden Augen, wenn uns der Nachweis erbracht wurde, dass es sich um einen dauerhaften Zustand handelt, für den es erwartungsgemäß keine Heilung gibt und die versicherte Person auf Veranlassung eines qualifizierten Augenarztes in das Blindenregister eingetragen wurde.

b) auf einem Auge, wenn der Grad der verbliebenen Sehkraft nach Korrekturmaßnahmen 3/60 oder weniger auf der Snellen-Skala beträgt (entspricht Visus 0,05 nach EN ISO 8596) und davon ausgegangen werden muss, dass es sich um einen dauerhaften Zustand handelt, für den es erwartungsgemäß keine Heilung gibt.

3.2.2 Ist das Gehör auf einem Ohr vor dem Unfall schon vollständig verloren, gilt abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB und Ziffer 3.1 dieser Besonderen Bedingungen für den Verlust des Gehörs auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 70 %.

3.2.3 Wenn der Verlust von Sehkraft und Gehör vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei den Leistungen aus Ziffer 3.1 dieser Besonderen Bedingungen.

3.3 Verbesserte Gliedertaxe bei beruflicher oder dienstlicher Tätigkeit

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane **anlässlich eines beruflich oder dienstlich erlittenen Unfalls** gelten in Erweiterung der Ziffern 2.1.2.2.1 AUB sowie der Ziffer 3.1 dieser Besonderen Bedingungen folgende Invaliditätsgrade:

eines Auges	65%
des Gehörs auf einem Ohr	45%
des Geruchs	20%
des Geschmacks	20%

3.3.1 Die Regelung der Ziffern 3.2.1 und 3.2.3 dieser Besonderen Bedingung gelten entsprechend.

3.3.2 In Erweiterung von Ziffer 3.2.2 gilt folgendes:

Ist das Gehör auf einem Ohr vor dem Unfall schon vollständig verloren, gilt abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB und Ziffer 3.1 dieser besonderen Bedingungen für den Verlust des Gehörs auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%.

3.4 Die verbesserte Gliedertaxe gemäß Ziffer 3.1 und 3.3 entfällt, sobald die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt wird automatisch die Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 AUB für die betroffene versicherte Person Bestandteil des Vertrages.

4. Mehrleistung und progressive Invaliditätsstaffeln

– Bestandteil(e) der Vertragsbestimmungen, sofern vereinbart –

4.1 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % (U157)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 160.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4.2 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %) (U150)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,
2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätsfallsumme,
3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme.

4.3 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (300 %) (U166)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,
2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,
3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätsfallsumme.

4.4 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %) (U194)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,
2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme,
3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätsfallsumme.

4.5 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % (U167)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 70 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4.6 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%) (U193)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,
2. für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,
3. für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme.

5. Mitwirkungsanteil

Krankheiten oder Gebrechen mindern – abweichend von Ziffer 3 AUB – die Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 50% überschritten wird. Dies gilt für alle Bedingungen des Vertrages, soweit nichts anderes vereinbart ist.

6. Krankenhaus-Selbstbehalt

Ziffer 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

6.1 Der versicherten Person

– werden von ihrem gesetzlichen Krankenversicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalls medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt

und

– ein weiterer Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet, bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten den Krankenhaus-Selbstbehalt in Höhe des Betrages, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommen hat.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld von mindestens 13 EUR pro Tag bereits vereinbart gilt. Der Krankenhaus-Selbstbehalt wird längstens für 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt.

6.3 Bestehen für die versicherte Person bei Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Beitrag nicht teil.

7. Verbesserte Übergangsleistung (U196)

Sofern vereinbart, wird Ziffer 2.2 AUB wie folgt geändert:

7.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person ist unfallbedingt für drei Monate, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

– im beruflichen oder außerberuflichen Bereich

– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

– zu mindestens 50 % in ihrer normalen, körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von vier Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens drei Monaten ausgehen.

7.2 Die versicherte Person ist unfallbedingt für sechs Monate, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

– im beruflichen oder außerberuflichen Bereich

– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

– zu mindestens 50 % in ihrer normalen, körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten ausgehen.

7.3 Art und Höhe der Leistung

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 7.1 erfüllt, zahlen wir die Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme für die verbesserte Übergangsleistung.

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 7.2 erfüllt, zahlen wir die andere Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme für die verbesserte Übergangsleistung.

8. Vorableistungsanspruch

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

8.1 Leistungsvoraussetzungen

Ist eine Todesfallleistung gem. Ziffer 2.6 AUB vereinbart, gelten folgende Voraussetzungen für die Vorableistung:

Nach Ablauf von sechs Wochen seit Eintritt des Unfalls besteht bei der versicherten Person eine Beeinträchtigung der normalen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit.

Diese Beeinträchtigung muss

– unfallbedingt sein,

– voraussichtlich dauerhaft sein,

– ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen mind. 50% nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB betragen und

– ununterbrochen bestanden haben.

Die voraussichtlich dauerhafte unfallbedingte Beeinträchtigung ist uns durch ein schriftliches ärztliches Attest innerhalb von zehn Wochen nach Eintritt des Unfalls nachzuweisen.

8.2 Art und Höhe der Leistung

Die Höhe der Vorableistung beträgt 25 % der voraussichtlichen Invaliditätsleistung.

Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, braucht uns der die vereinbarte Todesfallleistung übersteigende Anteil der Vorableistung nicht zurückgezahlt zu werden.

Wird nach Ablauf des Feststellungszeitraumes eine Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 AUB erbracht, wird die bereits gewährte Vorableistung in voller Höhe mit dieser verrechnet.

Eine Zahlung der Vorableistung bewirkt keine Festlegung des genauen Invaliditätsgrades.

9. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

9.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Schwerverletzung und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens zwölf Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes bei uns geltend. Bei der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend den Bestimmungen in Ziffer 3 AUB.

Schwerverletzungen im Sinne dieser Klausel sind:

– Dauerhafte Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

– Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,

– Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Kontusion 2. oder 3. Grades) oder Hirnblutung,

– Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma,

– Fraktur an zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder

– Bruch beider Fersenbeine

– Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder

– Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
  - Fraktur des Beckens,
  - Fraktur der Wirbelsäule, Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs,

– Verbrennungen 2. und 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,

– Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehbehinderung Sehschärfe je Auge nicht mehr als VISUS 0,05.

9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe von 10% der vereinbarten Grundsumme bei Invalidität, maximal 10.000 EUR gezahlt.

Liegen mehrere Verletzungen im Sinne von Ziffer 9.1 wegen des gleichen Unfalls vor, zahlen wir die Sofortleistung nur einmal.

Stirbt die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten ab dem Unfalltag, zahlen wir keine Sofortleistung.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der o.g. Betrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

10. Verlängerte Meldefrist bei Tod

Ziffer 7.5 AUB wird wie folgt erweitert:

10.1 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von sieben Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Diese Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

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

11. Verschollenheit

Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtwirksam für tot erklärt wurde und wenn der in der amtlichen Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes in die Wirksamkeit des Vertrages fällt.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- in einem Kriegs- oder Krisengebiet und/oder
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder einer Mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit verschollen ist.

12. Tagegeld und Wegfall der Karenzzeit

Sofern die in Ziffer 2.3 AUB genannten Voraussetzungen für mehr als 60 Tage ununterbrochen erfüllt sind, wird das versicherte Tagegeld rückwirkend ab dem ersten Tag der ärztlichen Behandlung gezahlt.

Der Wegfall der Karenzzeit gilt nur für versicherte Personen, die als Selbständige versichert gelten.

13. Krankenhaustagegeld in Nicht-Akut-Häusern und bei Entfernung von Osteosynthesematerial

Ziffer 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

13.1 Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung in einem Nicht-Akut-Haus, da in der Region keine andere Einrichtung eine vollstationäre Behandlung anbietet oder in diese aufgrund der unfallbedingten Verletzungen keine Verlegung möglich ist, sind abweichend von Ziffer 2.4.1 AUB die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt.

13.2 Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB wird über das dritte Jahr vom Unfalltag an gerechnet hinaus ein Krankenhaustagegeld gezahlt, wenn ein stationärer Aufenthalt zur Entfernung des unfallbedingt eingebrachten Osteosynthesematerials notwendig ist.

14. Krankenhaustagegeld bei ambulanter Operation

14.1 Die versicherte Person unterzieht sich einer unfallbedingten, ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten ambulanten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose).

Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

14.2 Abweichend von den Ziffern 2.4.2 und 2.5.2 AUB werden das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auch, für mindestens drei Tage, bei ambulanten Operationen gezahlt.

15. Krankenhaustagegeld auch bei stationärer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik

Ziffer 2.4 AUB wird wie folgt erweitert:

Für die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationsklinik, die unmittelbar im Anschluss an einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt stattfindet, wird der versicherte Krankenhaustagegeldbetrag, für jeden Tag der vollstationären Behandlung in der Rehabilitationsklinik, längstens jedoch für 90 Tage gezahlt.

Ziffer 2.5 AUB bleibt hiervon unberührt.

16. Krankenhaustagegeld im Ausland

Ziffer 2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

16.1 Die versicherte Person erleidet im Ausland einen Unfall und muss sich in vollstationäre Behandlung begeben.

Für die Dauer des vollstationären Aufenthaltes im Ausland zahlen wir – höchstens jedoch für sechs Monate - den doppelten Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

16.2 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Ziffer 2.5 AUB bleibt hiervon unberührt.

17. Mitversicherung von Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz (U197)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

17.1 Leistungsvoraussetzung

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

Soweit Zähne betroffen sind gehören sämtliche natürlichen Zähne, ausgenommen Milchzähne, zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

17.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

- für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,
- für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Laborkosten

insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen, für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege.

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

17.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

18. Kostenersatz Zahnimplantat

Abweichend von Ziffer 17.2 gelten die Kosten für den Ersatz von beschädigten oder zerstörten Zahnimplantaten bis zu einem nachgewiesenen Betrag von 2.500 EUR mitversichert.

19. Bergungskosten (U170)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

19.1 Leistungsvoraussetzung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten:

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- 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 Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle

entstanden.

19.2 Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

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

19.4 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von einem Dritten übernommenen Kosten insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag.

Hierzu zählen auch nachgewiesene Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer, sofern die Voraussetzung gemäß Ziff. 1.4.3 AUB erfüllt sind und diese Kosten medizinisch geboten waren.

19.5 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

20. Rückholkosten nach Krankenhausaufenthalt in Deutschland

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir nach einem mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt an einem in Deutschland gelegenen Unfallort bis zu einer Summe von 5.000 EUR die nachgewiesenen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimatortes oder – bis zu einem Radius von 40 km – in die Nähe des Heimatortes.

Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

21. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen

21.1 Erhöhte Kraftanstrengung

In Erweiterung von Ziffer 1.4 AUB sind auch sonstige Schäden an Gliedmaßen und Wirbelsäule versichert, die die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung erleidet.

Abweichend von Ziffer 5.2.1 AUB gelten, sofern keine Vorschädigung oder Degeneration vorliegt, auch Bandscheibenschädigungen mitversichert.

Mitversichert gilt außerdem abweichend von Ziffer. 5.2.7 AUB ein durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursachter Bauch- oder Unterleibsbruch.

21.2 Eigenbewegung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
- Menisken oder Knorpel geschädigt werden,
- Knochenbrüche entstehen.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.

22. Herzinfarkt und Schlaganfall

22.1 Als Unfallfolge und mitversicherte Gesundheitsschädigungen gelten Herzinfarkte und/oder Schlaganfälle und deren unmittelbare Folgeschäden, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall – gemäß Ziffer 1.3 AUB – eintreten.

22.1 In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind auch Unfälle der versicherten Person infolge eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes mitversichert.

22.2 Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden (gilt nicht für Unfallfolgeschäden gemäß der Ziffern 3 dieser Besonderen Bedingungen), die durch den Schlaganfall oder Herzinfarkt selbst verursacht wurden.

23. Mitversicherung von komatösen Zuständen

23.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person fällt in Folge

- eines Unfalls gemäß Ziffer 1 AUB,
- einer Infektion gemäß Ziffer 5.2.4 AUB oder
- einer Vergiftung gemäß Ziffer 5.2.5 AUB

in ein cerebrales (Störungen der Großhirn- und Hirnstammfunktionen) oder hypophysäres Koma oder wird in eine therapeutische medizinische Langzeit-Narkose („künstliches Koma“) versetzt.

23.2 Art und Höhe der Leistung

Für die Zeit des o.g. Zustandes, längstens jedoch für zwei Jahre ab dem Unfalldatum, werden wöchentlich 175 EUR gezahlt. Die Versicherungssumme wird nicht anteilig ausgezahlt, sondern immer nur, sofern eine volle Woche Leistungsvoraussetzung erfüllt hat.

23.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leitungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

24. Kurkostenbeihilfe (U199)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

24.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Für Rehabilitationsmaßnahmen wird keine Kurkostenbeihilfe bezahlt.

24.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Erstattung erfolgt bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal bis zu 10.000 EUR je Person und Schadenereignis.

24.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

25. Medizinische Hilfsmittel

25.1 Leistungsvoraussetzung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

24.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

25.3 Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zu einem Betrag von 3.000 EUR ersetzt.

25.4 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leitungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

26. Unfälle durch Raubüberfall und Geiselnahme/Entführung

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

26.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person wird Opfer einer gegen sie gerichteten, versuchten oder vollendeten Straftat des Raubes oder der räuberischen Erpressung und/oder einer Geiselnahme oder Entführung, welche bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert worden ist.

Sofern die Tat im Ausland stattgefunden hat, muss die Polizei vor Ort unverzüglich aufgesucht und eine Protokollierung veranlasst werden.

Die vorgenannten strafbaren Handlungen haben zu einer körperlichen Gesundheitsschädigung geführt, welche durch ein ärztliches Attest zu belegen ist.

Sofern sich die körperliche Gesundheitsschädigung im Rahmen eines Auslandaufenthaltes ereignet hat, muss unverzüglich ein Arzt/Krankenhaus vor Ort aufgesucht werden, um die körperliche Gesundheitsschädigung attestieren zu lassen.

26.2 Art und Höhe der Leistung

26.2.1 Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Ziffer 26.1 erfolgt einmalig die Zahlung einer Entschädigung von insgesamt 3.000 EUR.

26.2.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Ziffer 26.1 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf eine psychologische Soforthilfe für die versicherte(n) Person(en) unmittelbar nach einem Raub oder der räuberischen Erpressung und/oder einer Geiselnahme oder Entführung, dessen Opfer sie geworden ist/sind. Wir ersetzen die Kosten für die ersten fünfundzwanzig Sitzungen und zahlen je Person und Schadenfall ein zusätzliches Tagegeld in Höhe von 50 EUR pro Tag für die Dauer der Einschränkung, längstens für 180 Tage.

Mitversichert sind eventuell entstehende **Kosten und Honorare von** Krisenberatern bis zu einer maximalen Entschädigungsleistung von **25.000 EUR**. Lösegeldzahlungen sind generell von dieser Versicherungsleistung ausgeschlossen.

26.2.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die in Ziffer 26.2 festgelegten Entschädigungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

27. Behinderungsbezogene Umbaukosten

27.1 Führt ein nach Ziffer 2.1 AUB bewerteter Invaliditätsgrad zu Einschränkungen oder Behinderungen im täglichen Leben, übernehmen wir je versicherte Person und Schadenfall für notwendige Investitionen die insgesamt nachgewiesenen Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der selbst bewohnten Wohnung,
- den Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder eine behindertengerechte Wohnung,
- die behindertengerechte Umrüstung des selbst genutzten PKW,
- Prothesen und Hilfsmittel, die nicht unter der Ziffer 26 dieser Besonderen Bedingungen erfasst gelten

bis zu einem Betrag von 25.000 EUR.

Wir leisten diese Hilfe einmalig innerhalb eines Zeitraumes von maximal fünf Jahren nach Eintritt des Unfallereignisses.

Dem behindertengerechten Umbau des selbstgenutzten PKW wird die Neuanschaffung eines behindertengerechten PKW gleichgestellt, sofern dieser zum Transport der durch den Unfall behinderten Person benötigt wird (und/oder ein Umbau des bisherigen PKW nicht möglich war.).

27.2 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

27.3 Behinderungsbezogene Arbeitsplatzumbaukosten

27.3.1 Führt ein nach Ziffer 2.1 AUB bewerteter Invaliditätsgrad voraussichtlich auf Dauer zu Einschränkungen oder Behinderungen im täglichen Leben und ist es der versicherten Person nicht möglich, ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Einschränkungen nachzugehen, übernehmen wir je versicherte Person und Schadenfall für notwendige Investitionen am Arbeitsplatz, damit die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen werden kann, die nachgewiesenen Kosten.

27.3.2 Art und Höhe der Leistung

Als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist.

Ersetzt werden die insgesamt nachgewiesenen Kosten von bis zu 25.000 EUR.

Ersetzt werden Kosten für den Umbau

- von Büromobiliar,

– eines Büros (z. B. Türverbreiterung),
– eines Gebäudes (z. B. Rampenanbau, Aufzug),
– sanitärer Anlagen und Küchen,
– von Maschinen/Geräten,
– eines Personen- oder Lastkraftwagens,
– sonstiger Anlagen.

Ist der Umbau teurer als die Neuanschaffung, werden die Kosten für die Neuanschaffung ersetzt.

Entscheiden sich versicherte Person und Versicherungsnehmer gemeinsam dafür, dass statt des Umbaus des ehemaligen Arbeitsplatzes ein neuer Arbeitsplatz beim Versicherungsnehmer eingerichtet wird, werden auch hierfür die Kosten ersetzt.

Wir leisten diese Hilfe einmalig innerhalb eines Zeitraumes von maximal fünf Jahren nach Eintritt des Unfallereignisses.

27.3.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

28. Zusatzleistung für Tunnel-, Fähr- und ÖPNV-Unfälle

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

28.1 Leistungsvoraussetzung

28.1.1 Tunnel- und Fähr-Unfälle

Erleidet die versicherte Person einen Unfall durch An- oder Aufprall, Feuer, (Gift-)Gas-, Rauch-, Dämpfe-, Ruß- oder Staubentwicklung und/oder durch einströmende Wasser- oder Gesteinsmassen, werden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen je Schadenereignis und je versicherte Person gemäß Ziffer 28.2 erhöht.

28.1.2 ÖPNV-Unfälle

Erleidet die versicherte Person als Insasse oder Benutzer eines Verkehrsmittels des öffentlichen Personen-Nahverkehrs (ÖPNV) einen Unfall, werden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen je Schadenereignis und je versicherte Person gemäß Ziffer 28.2 erhöht.

Der Versicherungsschutz hierfür beginnt mit dem Einstieg der in diesem Vertrag versicherten Person in das ÖPNV-Verkehrsmittel und endet mit dem Verlassen desselben.

28.2 Art und Höhe der Leistung

Sofern die jeweilige Leistungsart vereinbart ist, erhöhen sich die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Versicherungssummen wie folgt und werden gemäß Ziffer 2 AUB abgerechnet:

– Invaliditätsleistung	um 20.000 EUR
– Tod	um 10.000 EUR
– Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	um 20 EUR

Je Schadenereignis und beteiligtem Fahrzeug nach Ziffer 28.1.1 oder ÖPNV-Verkehrsmittel nach Ziffer 28.1.2 zahlen wir maximal 100.000 EUR für diese Zusatzleistung. Errechnet sich zum Zeitpunkt des Unfalls über alle Insassen/ÖPNV-Insassen und Benutzer eine höhere Versicherungssumme als diese maximale Zusatzleistung, so gilt der Betrag von 100.000 EUR als unsere Höchstersatzleistung für alle versicherten Insassen, die sich in demselben Fahrzeug befinden und die für die Einzelperson nach Ziffer 28.2. berechnete Zusatzleistung ermäßigt sich im entsprechenden Verhältnis.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen, gelten nicht.

Sollte sich ein Unfall nach den Bestimmungen der Ziffern 28.1 oder 28.2 während einer vom Versicherungsnehmer veranlassten und als solche bezeichneten Dienstfahrt/-reise ereignen, **erhöhen sich die in Ziffer 28.2 benannten Versicherungssummen automatisch um 30 %.**

28.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die in Ziffer 28.2 festgelegten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

29. Psychologische Therapie oder Selbstverteidigungskurs

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

28.1 Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB erlitten, der entweder

– zu einer Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich führt, die nach Ablauf von sechs Wochen nach dem Unfallereignis, - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen – unfallbedingt noch mehr als 50 % beträgt und innerhalb der sechs Wochen ununterbrochen bestanden hat,
– den unfallbedingten Tod zur Folge hat,
– ein Koma von mindestens vierzehntägiger Dauer verursacht

  oder

– zu einer Entstellung nach einer missglückten, unfallbedingt erforderlichen, kosmetischen Operation führt.

29.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen oder einer mit Ihnen in dauerhaft häuslicher Gemeinschaft lebenden Person die Kosten für eine medizinische notwendige, professionelle psychologische Beratung bzw. Therapie bei einem nach dem Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PschThG) zugelassenen Therapeuten.

Die angefallenen und nachgewiesenen Kosten für bis zu 25 Sitzungen werden bis zu maximal 1.000 EUR erstattet. Die Therapie muss spätestens drei Monate nach dem Unfall bzw. nach Eintritt der o. g. Leistungsvoraussetzung beginnen.

Bei Opfern von Gewaltstraftaten erstatten wir alternativ 50 % der Kosten eines Selbstverteidigungskurses bis zu maximal 1.000 EUR.

29.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der jeweils festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

30. Psychische Reaktionen

Zu Ziffer 5.2.6 AUB gilt ergänzend vereinbart:

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch einen Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen sind.

31. Kosten für eine Haushaltshilfe

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

31.1 Leistungsvoraussetzung

Die den Haushalt versorgende versicherte Person (Haushaltsführer) erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4 AUB entsteht und in ihrem Haushalt lebt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind, das bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Dauer und die Notwendigkeit der vollstationären Heilbehandlung werden durch ein schriftliches ärztliches Attest nachgewiesen, die Kosten für eine Haushaltshilfe werden schriftlich nachgewiesen.

31.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen je Person und Schadenfall die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn sich die versicherte Person (Haushaltführer) wegen eines Unfalles in einer notwendigen vollstationären Heilbehandlung befindet.

Die Kostenübernahme beträgt 30 EUR je Tag des vollstationären Aufenthaltes, längstens für die Dauer von 100 Tagen.

31.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

32. Extreme Witterungs- und Temperatureinflüsse

Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen – Frost, Schnee, Hagel, Sonneneinstrahlung (s. a. Ziffer 39 dieser Besonderen Bedingungen), Wind, Regen und Überflutung – in der Folge eines versicherten Unfallereignisses gemäß Ziffer 1.3 AUB - sind mitversichert.

33. Lebensretter

33.1 Für Lebensretter besteht Versicherungsschutz während der Bemühung zur Rettung und Bergung einer versicherten Person oder mehrerer versicherter Personen dieses Vertrages.

33.2 Versicherungsschutz besteht für Invalidität bis zu einer Versicherungssumme von 20.000 EUR (ohne Progression) und für den Todesfall bis zu einer Summe von 10.000 EUR.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen – insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen sowie ein Mehrleistungs- oder Progressionsmodell – gelten nicht.

33.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die in Ziffer 33.2 genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

34. Nahrungsmittelvergiftungen

Die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen sind, abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB, versichert. Ergänzend sind Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben jedoch Alkoholvergiftungen.

35. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

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

36. Bewusstseinsstörungen

36.1 In Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder ordnungsgemäße Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind, versichert.

Das Lenken von motorisierten Kraftfahrzeugen ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 ‰ liegt.

Die Benutzung eines Fahrrades ist nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 ‰ liegt.

In allen sonstigen Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Blutalkoholgehalt unter 2,0 ‰ liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank oder drogen- oder medikamentenabhängig gewesen ist.

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen), gelten als mitversichert.

36.2 Unfälle, die sich im Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung ereignen, gelten ebenfalls mitversichert.

Die Mitversicherung gilt nicht, sofern der Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung

- durch Alkoholeinfluss oder
- die Einnahme von Schlafmitteln oder
- sonstigen Medikamenten bzw. Drogen oder
- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurden.

In diesem Fall wird kein Versicherungsschutz geboten.

37. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Ziffer 5.1.3 AUB wird wie folgt erweitert:

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

Der Zeitraum verlängert sich um weitere sieben Tage, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des betroffenen Staates zu verlassen.

38. Fahrtveranstaltungen

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle anlässlich der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten etc.) ankommt.

Kommt es bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen nur zum Teil auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit an, so beschränkt sich der Ausschluss nur auf diese Teile (z.B. Sonderprüfung bei Rallys).

39. Mitversicherung von Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (KL6046)

39.1 In Erweiterung von Ziffer 5.2.2 AUB gilt eine Gesundheitsschädigungen durch Strahlen als Unfall gemäß Ziff. 1.3 AUB.

39.2 Strahlenarten im Sinne dieser Bedingungen, insbesondere zu Ziffer 39.1 sind natürlich vorhandene oder künstlich erzeugte ionisierende Strahlen wie

- Röntgenstrahlen;
- Maserstrahlen;
- Laserstrahlen;
- ultraviolette oder infrarote Strahlen;
- energiereiche Strahlen bis 100 EV;
- radioaktive Strahlen (s. jedoch Ziffer 40.4);
- Neutronenstrahlen.

39.3 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z.B. Schäden durch die in Ziffer 39.2 beschriebenen Strahlenarten, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Strahlenapparaten (auch in der medizinischen Therapie) darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

39.4 Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird von den Deckungserweiterungen dieser Ziffer 39.2 nicht berührt und gilt unverändert.

40. Medizinische Eingriffe

In Abänderung von Ziffer 5.2.3 AUB gelten Pedi- oder Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

41. Verlängerte Frist bei Änderung der Berufstätigkeit

Haben Sie die Anzeige einer Berufsänderung, die nach Ziffer 6.3 Abs. 1 AUB zu niedrigeren Versicherungssummen führt, irrtümlich unterlassen, gelten diese erst nach Ablauf von zwölf Monaten ab der Berufsänderung.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist jedoch, dass wir für die neue Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewähren gemäß Ziff. 14.4 AUB.

42. Obliegenheiten

Zu Ziffer 7.1 AUB wird klargestellt, dass keine Obliegenheitsverletzung vorliegt, wenn zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb und die Meldung dann unverzüglich nachgeholt wird.

43. Berufsausübung aus Pflichtgefühl

Zu Ziffer 2.3 AUB:

Geht die versicherte Person nach einem Unfall seinem Beruf aus Pflichtgefühl soweit möglich weiter nach, so wird dieses nicht zu dessen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

44. Versehensklausel

Ziffer 8 AUB wird wie folgt ergänzt:

Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben Sie eine unrichtige Anzeige ab und unterlassen Sie die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird.

Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so müssen Sie diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt entrichten, an dem dieser Umstand eingetreten ist.

45. Kündigungsfrist im Schadenfall

Die Frist, nach deren Ablauf unsere Kündigung im Schadenfall gemäß Ziffer 10.3 AUB wirksam wird, wird auf drei Monate verlängert.

46. Nur eingeschränkt oder nicht versicherbare Personen (KL6800)

– Bestandteil der Vertragsbestimmungen –

Aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person verzichtet. Der Versicherungsschutz gilt deshalb nicht oder nur eingeschränkt für die der versicherten Person bekannten, nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder Gebrechen, wegen derer die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor dem Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde.

Eingeschränkt versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen/Gebrechen:

- ADHS/ADS
- Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium I oder II
- Arthritis, wenn rheumatisch oder primär chronische Polyarthritis
- Arthrose, wenn mehr als ein Gelenk betroffen ist
- Augenerkrankungen, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien
- Bandscheibenvorfall, -prolaps, Lumbago, Lendenwirbelsäulensyndrom
- Bluter, Gerinnungsfaktor größer 5% und einschl. 15%; Hämophilie Typ A oder B
- Diabetes mellitus – Zuckerkrankheit
- Downsyndrom / Trisomie 21- ohne Herzfehler
- Epilepsie, Fallsucht, Gehirnfunktionsstörung seit 2-5 Jahren anfallsfrei
- Grauer Star (Katarakt) nicht operiert und Sehleistung größer 30%
- Grüner Star (Glaukom) nicht operiert und Sehleistung größer 30%
- Herzleiden, -erkrankungen, koronare Herzerkrankung
- Kinderlähmung, Poliomyelitis spinale,
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Hüftluxationen
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Knieluxationen
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Schulterluxationen
- Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
- Organtransplantationen
- Osteoporose
- Skoliose mit Skoliosewinkel größer 20 Grad
- Wirbelsäulenerkrankung

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt folgendes vereinbart:
Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades und in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch eine Minderung.

Nicht versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen:

- AIDS – sowohl „HIV-positiv“ als auch „an AIDS erkrankt“
- Alkoholismus, wenn weniger als 10 Jahre abstinent
- Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium III und IV
- Autismus
- Bechterew'sche Krankheit, Bechterew'sche-Strümpel-Marie
- Bluter, Gerinnungsfaktor bis einschl. 5%; Hämophilie Typ A oder B
- Blutkrebs, siehe Leukämie
- Downsyndrom/Trisomie 21- mit Herzfehler
- Drogen-/Rauschgiftsucht, wenn weniger als 10 Jahre abstinent
- Epilepsie, Fallsucht, Gehirnfunktionsstörung, kleiner 2 Jahre anfallsfrei
- Geistige Behinderung – GdB 50% und mehr und/oder eine Pflegestufe/ein Pflegegrad
- Glasknochen, Osteogenesis imperfecta
- Grauer Star (Katarakt), Sehleistung kleiner gleich 30%
- Grüner Star (Glaukom), Sehleistung kleiner gleich 30%
- Hämophilie Typ A oder B; Bluter, Gerinnungsfaktor bis einschl. 5%
- Hepatitis, chronisch
- Hirntumor, mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren
- Immunschwäche, Immundefektsyndrom
- Karzinom/Krebs, mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren
- Leukämie, siehe Blutkrebs
- Morbus Crohn/Colitis ulcerosa
- Multiple Sklerose
- Muskelatrophie, -dystrophie
- Oligophrenie (Schwachsinn)
- Osteoporose mit Auftreten von Spontanbrüchen
- Parkinson-Syndrom, -Krankheit
- Pflegebedürftigkeit (Stufe 1 bis 3/Pflegegrad 2 bis 5)
- Psychose
- Schizophrenie
- Schlaganfall (Apoplexie) kleiner 2 Jahre anfallsfrei
- Spastik an mehreren Extremitäten
- Spina bifida (offener Rücken), GdB größer gleich 50%
- Tumor (bösartig), mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt folgendes vereinbart:
Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

47. Kumulklausel (KL6426)

- Bestandteil der Vertragsbestimmungen –

47.1 Kumulklausel (KL6426)

Einzelkumulrisiko

Bestehen für die versicherte Person bei Zurich weitere Unfallversicherungsverträge, entweder als versicherte Person eines privaten Unfallvertrages oder als versicherte Person im Rahmen eines Gruppen-Unfallvertrages und kann für ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallschadenereignis auch ein solcher weiterer Vertrag in Anspruch genommen werden, so gilt für die versicherte Person eine Höchstentschädigung der folgenden Leistungsarten für alle Verträge zusammen:

- Invalidität in Höhe von 3.000.000 EUR insgesamt,

- Todesfallleistung in Höhe von 600.000 EUR insgesamt,

- Unfall Rente in Höhe von 5.000 EUR monatlich insgesamt.

Gruppenkumulrisiko

Werden mehrere versicherte Personen von dem gleichen Schadenereignis betroffen und überschreitet die Versicherungsleistung aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt 10.000.000,- EUR, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstentschädigung für alle Versicherten, die von dem gleichen Schadenereignis betroffen wurden. Die für die Einzelperson vereinbarten Höchstentschädigung ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

48. Versicherungsschutz ab dem 75. Lebensjahr und Vertragsbeendigung mit Vollendung des 80. Lebensjahres

Mit der Vollendung des 75. Lebensjahres ändert sich der Versicherungsschutz in der bisher beantragten Form wie folgt:

48.1 Mehrleistung und progressive Invaliditätsstaffeln - sofern vereinbart

Mehrleistung und progressive Invaliditätsstaffeln entfallen, sobald die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gilt folgendes vereinbart:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 AUB zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, ergibt sich die Invaliditätsleistung aus dem festgestellten prozentualen Invaliditätsgrad und der im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegten Invaliditätsgrundsumme.

48.2 Unfall-Rente – sofern vereinbart

Ziffer 1.2 dieser Besonderen Bedingungen wird wie folgt geändert:

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad muss ab Vollendung des 75. Lebensjahres mindestens 75% betragen.

48.3 Tagegeld – sofern vereinbart

Mit Vollendung des 75. Lebensjahres ändert sich die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegte Karenzzeit auf den 43. Tag, sofern nicht eine höhere Karenzzeit vereinbart gilt.

Wurden höhere Karenzzeiten als der 43. Tag vereinbart, dann bleiben diese erhalten.

48.4 Mitwirkungsanteil

Ab der Vollendung des 75. Lebensjahres entfällt die Ziffer 5 dieser Besonderen Bedingungen.

Anstelle dessen gilt die Ziffer 3.2.2 AUB gemäß derer Krankheiten oder Gebrechen die Leistung mindern, wenn ein Mitwirkungsanteil von 25 % überschritten wird. Dies gilt für alle Bedingungen des Vertrages, soweit nichts anderes vereinbart ist.

48.5 Vertragsbeendigung mit Vollendung des 80.Lebensjahres

Mit der Vollendung des 80. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz für die jeweilige versicherte Person. Die versicherte Person wird zum Ende des laufenden Versicherungsjahres aus dem Vertrag ausgeschlossen.

49. Umschulungsmaßnahmen

Erhöhung der versicherten Leistung während der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der versicherten Person:

49.1 Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden von uns die nachgewiesenen Kosten bis zu 10.000 EUR übernommen.

49.2 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen heißt, dass die versicherte Person unfallbedingt voraussichtlich dauerhaft nicht in der Lage ist, ihren Beruf oder eine gleichartige oder ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige oder ähnliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

49.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

50. Insassen-Unfallversicherung in betriebseigenen oder betriebsbedingt/dienstlich genutzten Kraftfahrzeugen

Erhöhung der versicherten Leistung während der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der versicherten Person:

50.1 Mitversichert gelten – nach dem Insassen-Pauschalsystem – alle berechtigten Insassen auf von dem Versicherungsnehmer veranlassten Fahrten in den betriebseigenen Kraftfahrzeugen des Versicherungsnehmers sowie in den von dem Versicherungsnehmer gemieteten oder in sonstiger Weise von dem Versicherungsnehmer eingesetzten Kraftfahrzeugen (ausgenommen sind jedoch Taxen).

Bei zwei und mehr Insassen erhöhen sich die Summen gemäß Ziffer 50.5 um 50% und teilen sich durch die Gesamtzahl der Insassen, unabhängig davon, ob diese zu Schaden kommen.

50.2 In mitarbeitereigenen Kraftfahrzeugen, die auf Veranlassung und/oder mit der Genehmigung des Versicherungsnehmers genutzt werden, sind alle Betriebsangehörigen und auch Nichtbetriebsangehörigen versichert, sofern sie im dienstlichen Interesse des Versicherungsnehmers (Nachweis in Textform erforderlich) unterwegs sind.

50.3 Berechtigte Insassen sind Personen, die sich mit Wissen und Willen des Verfügungsberechtigten in oder auf dem Kraftfahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung beim Gebrauch des Fahrzeugs tätig werden.

Ausgenommen sind vom Versicherungsnehmer angestellte Berufsfahrer oder Beifahrer, wenn sie als solche das Fahrzeug gebrauchen. Für diese Personengruppe ist eine separate Versicherung erforderlich.

50.4 Die Versicherung bezieht sich im Rahmen und Umfang der AUB auf Unfälle, die dem Insassen während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen und in ursächlichem Zusammenhang mit dem Gebrauch des Kraftfahrzeuges (z.B. Fahren, Abstellen, Ein- und Aussteigen, Be- und Entladen) stehen.

50.5 Die Versicherungssummen betragen je Kraftfahrzeug und Schaden für

–	Invaliditätsleistung	75.000 EUR
–	Tod	25.000 EUR
–	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	20 EUR

50.6 Art und Höhe der Leistung

Bei Invalidität wird gemäß Ziffer 2.1 AUB und bei Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB geleistet. Für die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld erfolgt die Abrechnung gemäß der Ziffern 2.4 und 2.5 AUB.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen sowie ein Mehrleistungs- oder Progressionsmodell, gelten nicht.

50.7 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die zu Ziffer 50.5 genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

51. Zusatzleistung für Fahrer und Beifahrer ausgebauter Sonder-Kraftfahrzeuge

Erhöhung der versicherten Leistung während der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der versicherten Person:

51.1 Für die berechtigten Fahrer und Beifahrer von ausgebauten Service-, Einsatz- oder Werkstattwagen bis 5 Tonnen Gesamtgewicht besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich im normalen Fahrbetrieb (einschließlich höherer Gefahren wie z. B. Anfahren, Kurvenfahrten, notfallbedingte Bremsvorgänge, extreme Schräglagen, Schleudern) aufgrund sich lösender oder einstürzender Bauteile des zweckgerichteten Fremd-Innenraum-Ausbaus ergeben und die Fahrzeuginsassen in der unmittelbaren Folge in ihrer Gesundheit schädigen.

51.2 Folgende Voraussetzungen müssen hierfür erfüllt sein:

- Die Unternehmung des Herstellers der Ausrüstungssysteme unterliegt den Richtlinien der EN 9001. Der Nachweis hierfür erfolgt per Zulassung/Abnahme durch einen deutschen technischen Überwachungsverein oder durch Vorlage der entsprechenden Urkunde (einschließlich der Zertifikat-/Registrier-Nummer) über die Zulassung für den Vertrieb und die Montage von Ausrüstungssystemen für Sonderfahrzeuge;
- der Innenausbau der Kraftfahrzeuge ist durch den Hersteller selbst oder durch einen durch den Hersteller zertifizierten Ausbaubetrieb erfolgt – hierfür ist ein Nachweis in Textform erforderlich;
- der Innenausbau wurde ausschließlich mit Originalteilen ausgeführt;
- das Unfallereignis wurde durch die unplanmäßige Bewegung des Einbauteils selbst, nicht jedoch durch eine Bewegung des Inhaltes der Bauteile ausgelöst;
- die Ausrüstungsbauteile wurden gemäß ihrer technischen Ausweisung und Bestimmung korrekt bestückt/beladen;
- die Ausrüstungssystem-Bauteile unterlagen noch keiner vorigen Einwirkung durch ein Unfallereignis der unter der Ziffer 51.1 beschriebenen Art.

51.3 Die Versicherungssummen je Person betragen für

–	Invaliditätsleistung	100.000 EUR
–	Tod	25.000 EUR
–	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	50 EUR

51.4 Art und Höhe der Leistung

Bei Invalidität wird gemäß Ziffer 2.1 AUB und bei Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB geleistet. Für die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld erfolgt die Abrechnung gemäß der Ziffern 2.4 und 2.5 AUB.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen sowie ein Mehrleistungs- oder Progressionsmodell, gelten nicht.

51.5 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die zu Ziffer 51.3 genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

52. Firmengäste und Geschäftskunden

Erhöhung der versicherten Leistung während der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der versicherten Person:

52.1 Für geschäftlich geladene Gäste und Geschäftskunden des Versicherungsnehmers (mit Ausnahme von Angehörigen der Post, Kurierdiensten, Speditionen und Fuhrunternehmen, Angehörige fremder Firmen, die mit Reparaturen, Wartung oder Auslieferung von Waren beschäftigt sind sowie Endkunden, Endverbraucher und Publikumsverkehr) besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die diesen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände oder auf den vom Versicherungsnehmer gemieteten oder geleasten Flächen auf Ausstellungen und Messen zustoßen.

Eingeschlossen gelten die Wege außerhalb des Betriebsgeländes und der Betriebsgebäude sowie die An- und Abreise, sofern und solange die Kunden und Gäste sich in Begleitung eines oder mehrerer Betriebsangehörigen/r befinden.

52.2 Die Versicherungssummen je Person betragen für

–	Invaliditätsleistung	30.000 EUR
–	Tod	10.000 EUR
–	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	20 EUR

52.3 Art und Höhe der Leistung

Bei Invalidität wird gemäß Ziffer 2.1 AUB und bei Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB geleistet. Für die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld erfolgt die Abrechnung gemäß der Ziffern 2.4 und 2.5 AUB.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen sowie ein Mehrleistungs- oder Progressionsmodelle, gelten nicht.

52.4 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die zu Ziffer 52.2 genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

53. Besondere Bedingungen für die Unfall- Versicherung von mitfahrenden Pflegepatienten in Kraftfahrzeugen des betreuenden Pflegedienstes

Erhöhung der versicherten Leistung während der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der versicherten Person:

53.1 Versicherungsschutz besteht nach den AUB und im Rahmen und Umfang der Vertragsbestimmungen für mitfahrende Patienten mit Pflegeauftrag während notwendiger Fahrten (in beliebiger Reihenfolge) auf der direkten Wegstrecke zwischen Wohnung des Mitarbeiters, Wohnung des Patienten und dem externen Pflegeort des Patienten in sämtlichen Kraftfahrzeugen des Versicherungsnehmers sowie in den privaten Kraftfahrzeugen der Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, soweit diese der dienstlichen Nutzung für die Versicherungsnehmer unterliegen.

53.2 Der Versicherungsschutz für Patienten mit/im Pflegeauftrag beginnt mit dem Einsteigen und endet mit dem Verlassen des Kraftfahrzeuges, wobei Unfälle beim Ein- und Aussteigen eingeschlossen gelten.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges zum externen Pflegeort des Patienten verlängert oder der Weg selbst durch private Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten) unterbrochen wird.

53.3 Die Versicherungssummen je Person betragen für

–	Invaliditätsleistung	30.000 EUR
–	Tod	10.000 EUR
–	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	15 EUR

53.4 Art und Höhe der Leistung

Bei Invalidität wird gemäß Ziffer 2.1 AUB und bei Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB geleistet. Für die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld erfolgt die Abrechnung gemäß der Ziffern 2.4 und 2.5 AUB.

Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, insbesondere die prämienfreien Zusatzleistungen sowie ein Mehrleistungs- oder Progressionsmodell, gelten nicht.

53.5 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Die zu Ziffer 53.3 genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

54. Attestkosten und Einkommensausfall bei Selbstständigen

Zu Ziffer 7.3 AUB:

54.1 Die notwendigen Attestkosten tragen wir ohne Einschränkung.

54.2 Wird bei Selbstständigen der Einkommensausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag, der 1,5 Promille der versicherten Grund-Invaliditätssumme, höchstens jedoch 2.000 EUR beträgt. Diesen Betrag leisten wir je Versicherungsfall nur einmal.

54.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leitungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

55. Tropen- und Polarklausel für berufliche Aufenthalte

Für versicherte Personen dieses Vertrages, die auf Weisung des Versicherungsnehmers und/oder aus sonstigen beruflichen oder dienstlichen Gründen für die Dauer von maximal drei Monaten in tropische (bis zum 23. Breitengrad nördliche oder südliche Breite [NB/SB]) oder polare Gebiete (ab dem 67. Breitengrad NB oder SB) entsandt werden, besteht Versicherungsschutz gemäß dieser Ziffer für Gesundheitsschädigungen, die sie durch für diese Regionen typische Licht-, Temperatur-, Klima- und/oder Witterungseinflüsse erleiden.

Diese Gesundheitsschädigungen gelten als durch einen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 AUB verursacht und somit mitversichert, wenn ein Ereignis oder eine Situation vorausgegangen ist, durch das Umstände entstanden sind, die nicht mehr beeinflussbar waren (sog. Unentrinnbarkeitssituationen).

Abschnitt B

Sofern vereinbart, gelten mitversichert:

Assistanceleistungen und Reha-Manager

Der Versicherungsschutz dieses Abschnittes B kann unabhängig von anderen vereinbarten Leistungsarten von den Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen von Ziffer 10.3 AUB selbstständig gekündigt werden.

Erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B bis E dieser Klausel begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrem Unfallversicherungsvertrag. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

Soweit für erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B bis E ein anderer Ersatzpflichtiger – insbesondere eine Kranken- oder Pflegeversicherung – eintrittspflichtig ist, sind die uns entstandenen Kosten entsprechend voll oder anteilig zurückzuzahlen. Etwa erforderliche Anträge zur Bewirkung von Leistungen sind von Ihnen oder der versicherten Person bei den anderweitig Ersatzpflichtigen zu stellen und uns auf Verlangen nachzuweisen. Die von einem anderweitig Ersatzpflichtigen erbrachten Leistungen sind ebenfalls entsprechend darzulegen und nachzuweisen.

Die in Abschnitt B festgelegten Höchstbeträge beinhalten die gesetzliche Mehrwertsteuer und nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

A. Informationsleistungen

Die nachfolgenden Informationsleistungen werden auf Ihren Wunsch unabhängig von einem Unfallereignis erbracht.

(1) Zusendung von Formularen

Der versicherten Person werden eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zugesandt.

(2) Informationen zu Wellness- und Gesundheitsreisen

Der versicherten Person werden spezielle Wellness-Reiseveranstalter und Wellness-Hotels sowie Reiseveranstalter von Gesundheitsreisen benannt. Bei Bedarf erfolgt die Zusendung einer Auflistung mit Reiseveranstaltern und Hotels per Post oder per E-Mail.

(3) Informationen zu Ernährung und Sportvereinen

Der versicherten Person wird eine Auflistung mit Tipps zur gesunden Ernährung per Post oder E-Mail zugesandt. Diese Leistung beinhaltet keine Ernährungsberatung. Zusätzlich werden Sportvereine in der Region oder in der Nähe des Wohnortes benannt und bei Bedarf eine Auflistung per Post oder E-Mail versandt.

(4) Reiseinformationsleistungen

Die versicherte Person erhält folgende Informationen:

- Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen
- Informationen über Ein- und Durchreise, Visabestimmungen
- Informationen über Devisenbestimmungen, Währungen
- Informationen über Fremdenverkehrsämter
- Nennung von Reisebüros
- Informationen über diplomatische und konsularische Vertretungen

(5) Informationen zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke

Die versicherte Person erhält eine Zusammenstellung von frei verkäuflichen Medikamenten für eine Reiseapotheke. Die Leistung beinhaltet keine medizinische Beratung zu den Medikamenten.

(6) Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/Kraftfahrzeug

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kraftfahrzeug vermittelt.

(7) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Der versicherten Person werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl etc. vermittelt. Eine Kostenerstattung erfolgt nicht.

(8) Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08.00 bis 20.00 Uhr steht der versicherten Person unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information und Rücksprache über medizinische Fragen zur Verfügung. Das medizinische Fachpersonal berät sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Information über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention

- Erläuterung von Therapiealternativen
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten etc. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken etc.

Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, etc. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

B. Hilfeleistungen im Inland

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

(b) Für Personen ab 70 Jahre gilt: Die Hilfeleistungen im Inland können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs/Behandlung wegen folgender - nicht unfallbedingter - Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden (ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen): Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass-Operation sowie Oberschenkelhalsbruch aufgrund Osteoporose.

(c) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister, einem anerkannten Sozialdienst, bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

(d) In Einzelfällen können die Hilfeleistungen von einem Verwandten oder einer anderen nahe stehenden Person erbracht werden. In diesen Fällen können wir einen pauschalen Betrag pro Stunde erstatten, der – je nach Leistungsart – von uns festgelegt wird. Die Hilfeleistungen müssen entsprechend nachgewiesen werden, ein Rechtsanspruch entsteht hierdurch nicht.

Die in den nachfolgend unter „Leistungsumfang" in den jeweiligen Ziffern jeweils aufgeführten Höchstsätze bilden dabei die Obergrenze für eine Erstattung.

Solche Personen sind direkt von Ihnen oder der versicherten Person und nicht von uns beauftragt. Wir sind daher in diesen Fällen von jeder Haftung für die Tätigkeit der nicht von uns beauftragten Person befreit.

Eine Privaterstattung ist grundsätzlich nicht möglich für folgende Leistungen: Grundpflege, Verhinderungspflege sowie Tag- und Nachtwache.

Leistungsumfang

(1) Installation einer Hausnotrufanlage

In der Wohnung/in dem Haus der versicherten Person wird die Installation einer Hausnotrufanlage organisiert, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist. Dieser leitet bei Bedarf notwendige Hilfsmaßnahmen (z. B. Pflegepersonal anfordern, Krankentransport veranlassen, Feuerwehr oder Polizei verständigen, Hausarzt benachrichtigen, Information der Angehörigen) ein. Die Einrichtung der Hausnotrufanlage erfolgt durch den Dienstleister.

Die Kosten für die Erstinstallation sowie die für die Dauer des Leistungszeitraumes anfallenden laufenden Kosten werden übernommen.

(2) Menüservice

Die leistungsberechtigten Personen erhalten nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die leistungsberechtigten Personen können die Mahlzeiten aus einem Menüangebot auswählen.

Leistungsberechtigte Personen sind die versicherte Person und in deren Haushalt lebende Familienmitglieder, die die versicherte Person im Inland üblicherweise versorgt (keine Wohngemeinschaft). Dazu zählen Ehe- oder Lebenspartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Kinder- und/oder Enkelkinder.

(3) Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche mindestens 2 Stunden werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht.

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, z. B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, tragen Sie bzw. die versicherte Person.

(4) Begleitung/Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt unumgänglich ist, dorthin gebracht, wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Termins/Besuchs begleitet.

(5) Reinigung der Wohnung

Einmal in der Woche wird mindestens 2 Stunden innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

(6) Pflanzenpflege

Mit der Reinigung der Wohnung (Ziffer (5)) werden bei Bedarf auch die im Wohnraum sowie auf Balkon oder Terrasse befindlichen Pflanzen gegossen.

(7) Reinigung des Treppenhauses und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern

Sofern erforderlich, organisieren wir die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Treppenhaus, Waschraum etc.) sowie des Treppenhauses bei Gemeinschaftseigentum oder des gemieteten Wohnraums, soweit die versicherte Person hierzu verpflichtet ist.

(8) Versorgung der Wäsche

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person bis zu einer Dauer von drei Stunden gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

(9) Fahrdienst zur Krankengymnastik/-therapie

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person zur Krankengymnastik/-therapie gebracht und wieder abgeholt.

(10) Organisation einer Haustierbetreuung

Der versicherten Person wird die Betreuung ihrer Haustiere bis zu siebenmal in der Woche organisiert. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

(11) Gartenpflege

Wir organisieren die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Gartenpflege am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die Kosten hierfür. Hierzu zählen u.a. die Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen sowie Mähen des Rasens.

(12) Kinderbetreuung

Sollte aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von max. 48 Stunden organisiert und die Kosten für diesen Zeitraum übernommen.

Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr z.B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereiten der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.

C. Hilfeleistungen im Ausland

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Erleidet die versicherte Person im Ausland (als Auslandgelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes innerhalb der EU/EWR, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat) einen Unfall nach Ziffer 1 AUB, organisieren wir die im nachfolgenden Leistungsumfang beschriebenen Leistungen und übernehmen die Kosten, sofern die Organisation durch einen von uns beauftragten Dienstleister erfolgt und es die Besonderheiten des jeweiligen Landes zulassen.

Leistungseinschränkung

(b) Haben Sie oder die versicherte Person aufgrund unserer Leistung Kosten erspart, die Sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, können wir unsere Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen.

(c) Haben Sie oder die versicherte Person aufgrund desselben Schadenfalles neben den Ansprüchen auf Leistungen durch uns auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, kann insgesamt keine Entschädigung verlangt werden, die den Gesamtschaden übersteigt.

(d) Soweit im Schadenfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie ihn an uns, werden wir im Rahmen der Hilfeleistungen mit Kostenübernahme bei Auslandsreisen in Vorleistung treten.

Leistungsumfang

(1) Vermittlung ärztlicher Betreuung

Nach einem Unfall auf einer Reise im Ausland informieren wir die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

(2) Arzneimittelversand

Ist die versicherte Person auf einer Reise im Ausland zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, sorgen wir nach Abstimmung mit dem Hausarzt für die Zusendung des Arzneimittels und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen. Entstehende Kosten für eine eventuell notwendige Abholung des Arzneimittels sowie dessen Verzollung werden erstattet.

(3) Krankenrücktransport

Muss die versicherte Person auf einer Reise an ihren ständigen Wohnsitz zurücktransportiert werden, sorgen wir für die Durchführung des Rücktransportes und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Art und Zeitpunkt des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig sein. Unsere Leistung erstreckt sich auch auf die Begleitung des Erkrankten durch einen Arzt oder Sanitäter, wenn diese behördlich vorgeschrieben ist.

(4) Kosten für Krankenbesuch

Muss sich die versicherte Person auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, zahlen wir die Fahrt- und Übernachtungskosten für Besuche durch eine nahestehende Person bis zur Höhe von 600 EUR.

(5) Rückholung von mitreisenden Kindern

Können mitreisende angehörige Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Erkrankung der versicherten Person weder von dieser noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für deren Abholung und Rückfahrt mit einer Begleitperson zu ihrem ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch entstehenden Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse oder Flug ab 1.000 km Entfernung.

(6) Hilfe im Todesfall

Stirbt die versicherte Person auf einer Reise im Ausland, sorgen wir nach Abstimmung mit den Angehörigen für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung an ihren ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch jeweils entstehenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR.

(7) Hilfeleistung in besonderen Notfällen

Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland in eine besondere Notlage, die in den Ziffern 1. bis 6. nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, werden die erforderlichen Maßnahmen veranlasst und die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 300 EUR je Schadenfall übernommen. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

D. Pflegeleistungen

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB erlitten und der konkrete Pflegebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Pflegebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.

(b) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Pflegeleistung richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister, einem anerkannten Sozialdienst, bestimmt. Die Pflegeleistungen werden für die Dauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland am Ort des Haushaltes erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

Leistungsumfang

(1) Tägliche Grundpflege

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrads 2 nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege einschließlich Teilwaschung (dazu zählen Waschen, z. B. des Intimbereichs; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege) oder Ganzwaschung (dazu zählen Waschen, Duschen und Baden; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege), Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird täglich, mindestens 45 Minuten erbracht.

(2) Verhinderungspflege

Ist die versicherte Person aufgrund des Unfalls nicht mehr in der Lage, eine im Haushalt lebende pflegebedürftige Person zu betreuen, organisieren wir einmalig je Unfallereignis eine Kurzzeitpflege.

Die Kosten hierfür werden üblicherweise von der Pflegeversicherung übernommen. Wir übernehmen die Kosten für den Fall, dass die Pflegeversicherung hierfür nicht aufkommt.

(3) Pflegeberatung

Stehen der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu, so werden Sie, die versicherte Person oder deren Angehörige telefonisch beraten durch pflegeerfahrene Ärzte oder pflegeerfahrene medizinische Fachkräfte zu folgenden Themen:

- über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegeversicherung und das entsprechende Antragsverfahren
- Beratung zu Pflegeinstufung inkl. Widerspruchsverfahren
- Beratungen zu Leistungen der Krankenversicherung, z.B. auch zur Hilfsmittelversorgung bzw. Maßnahmen der Rehabilitation gemäß SGB V
- Medizinische Informationen zu alterstypischen Krankheitsbildern
- Leistungen der Pflegeversicherung (Sach- und Geldleistungen), Beratung nach SGB XI
- Beratung zu Pflegehilfsmitteln (keine Kostenzusagen im Rahmen der Pflegeversicherung) sowie zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements: Abklärung der aktuellen Situation und des Bedarfs nach Entlassung: dies umfasst die Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung in ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären Pflege, Organisation/ Koordination von Hilfsmitteln, Essen auf Rädern, Fahrdienst etc., Informationen / Beratung zu Kostenträgern im Pflegebereich (z.B. Pflegeversicherung), Informationen zu und Benennung von therapeutischen Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten
- Beratung zu Finanzierung von Pflegeleistungen und Pflegeheimplätzen, allgemeine Beratung laut SGB.

(4) Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (max. 2 Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege geschult.

Die Schulung wird einmal durchgeführt. Die Kosten für die Schulung sind auf 100 EUR begrenzt.

(5) Tag- und Nachtwache

Kehrt die versicherte Person nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurück und muss sie aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird einmalig für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

(6) Benennung eines Pflegedienstes

Der versicherten Person wird ein Pflegedienst in ihrer Region oder in der Nähe ihres Wohnortes benannt. Sind mehrere Pflegedienste in der Nähe verfügbar, werden mehrere benannt.

(7) 24h Pflegeplatzgarantie

Wir garantieren bei Bedarf eine Unterbringung der versicherten Person oder einer in deren Haushalt lebenden Person in einer stationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt. Anschließend unterstützen wir Sie, falls erforderlich, bei der Suche nach einem langfristig gewünschten und geeigneten Pflegeplatz.

E. Reha-Manager

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die Leistungen werden auf Basis der individuellen Bedürfnisse des Versicherten für einen Zeitraum von 3 Jahren für Erwachsene und 5 Jahre für Kinder, gerechnet vom Unfalltag an, ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Rehabilitation und den notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich erbracht.

(b) Der Reha-Manager hilft Ihnen nach einem Unfall auf Basis der individuellen Bedürfnisse der Patienten oder Versicherten bei ihrer Rehabilitation und notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich. In Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern werden Maßnahmen geplant und umgesetzt. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern. Er berät auch bei Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen auf Basis der Leistungen aus der Unfallversicherung und Leistungen anderer Stellen (z.B. Sozialversicherungsträger und Behörden). Die Entscheidung über die Verwendung der Leistungen trifft aber ausschließlich der Versicherte. Rechtsberatung oder -vertretung wird in keinem Falle geleistet.

(c) Im Schadenfall ermitteln wir Ihren konkreten unfallbedingten Bedarf für die einzelnen Hilfeleistungen, unterstützen Sie durch Informationen und weisen einen oder mehrere entsprechende Leistungserbringer nach, deren Einschaltung wir, soweit nachstehend vereinbart, für Sie organisieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten. Die Auswahl, Beauftragung und Bezahlung der Leistungserbringer obliegt ausschließlich der versicherten Person. Alle Kosten für die Dienstleistung werden ausschließlich von der versicherten Person getragen.

Leistungsumfang

Die Aufgaben des Reha-Managers umfassen folgende Unterstützungsleistungen:

(1) Informationsdienstleistungen

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir Sie mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Angaben zur Erreichbarkeit von

- Rehabilitationsberatern,
- Behindertentransport-Möglichkeiten,
- Selbsthilfegruppen,
- Behindertengerechtes Bauen / Umbauen von Wohnung und Kraftfahrzeug,
- Verbänden und Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen),
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim, oder von /an den eigenen Wohnsitz,
- praktischen Ärzten in Wohnortnähe,

– Fachärzten,

– Gartenhelfern,

– Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern,

– Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause).

(2) Medizinische Rehabilitation

– Feststellung des individuellen medizinischen/pflegerischen Bedarfs,

– Hilfe bei der Organisation eines stationären Aufenthaltes,

– Hilfe bei der Organisation einer Reha-Maßnahme,

– Benennung einer psychologischen Betreuung,

– Organisation des Transportes zu stationärer

– Behandlung oder ambulanter Rehabilitation,

– Bei Bedarf Organisation der Einholung ärztlicher Zweitmeinung durch Benennung eines Arztes/Gutachters,

– Unterstützung bei der Organisation von Heil- und Hilfsmitteln,

– Organisation eines Begleitservice zu Ärzten und Behörden,

– Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim.

(3) Berufliche Rehabilitation

(a) Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

(b) Unter bisherige Lebensstellung ist in finanzieller und sozialer Sicht (z.B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

(c) Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

(d) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

Leistungsumfang:

Unterstützung durch Informationen und Vermittlung des Kontaktes zu Personal- und Berufsberatern bei

– der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann;

– der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten.

– Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträ-gern sowie Schulen nach Analyse vom Personalberater.

– der geeigneten Arbeitsplatzsuche.

(4) Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

– Spezialisierten Kindergärten,

– Spezialisierten Schulen,

– Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,

– Organisation von Elternbegleitung,

– Nachhilfe zu Hause,

– Tagesmüttern,

– Kinderkrankenschwestern.

(5) Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

– Rehabilitationsberatern

– Verbänden

– Institutionen

– Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen (Beispiele siehe Ziffer 1)

– Behörden

– Therapieberatern und Therapiezentren

– Psychologen, psychologischen Zentren

– Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten

– Transportunternehmen und Organisation von Transporten nach Bedarf und Anforderung (max. 3 Angebote je Anfrage)

– Umbau der Wohnung/ Kraftfahrzeug: Organisation der Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten

– Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Unternehmen wie z.B. Architekten, Baufirmen, Werkstätten, Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes

– Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen durch allgemeine Informationen oder den Nachweis von Beratern.

KL6426 Kumulrisiko

Einzelkumulrisiko

Bestehen für die versicherte Person bei Zurich weitere Unfallversicherungsverträge, entweder als versicherte Person eines privaten Unfallvertrages oder als versicherte Person im Rahmen eines Gruppenunfallvertrages, und kann für ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallschadenereignis auch ein solcher weiterer Vertrag in Anspruch genommen werden, so gilt für die versicherte Person eine Höchstentschädigung der folgenden Leistungsarten für alle Verträge zusammen:

- Invalidität in Höhe von 3.000.000 EUR insgesamt

- Todesfallleistung in Höhe von 600.000 EUR insgesamt

- Unfall Rente in Höhe von 5.000 EUR monatlich insgesamt

Gruppenkumulrisiko

Werden mehrere versicherte Personen von dem gleichen Schadenereignis betroffen und überschreitet die Versicherungsleistung aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt 10.000.000 EUR, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstentschädigung für alle Versicherten, die von dem gleichen Schadenereignis betroffen wurden. Die für die Einzelperson vereinbarte Höchstentschädigung ermäßigt sich im entsprechenden Verhältnis.

Sonderbedingungen (vv)

In der Fassung 01/2024

Ausgabe 01/2024

1. Verbesserte Gliedertaxe (KL6056)

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB erhält folgende Fassung:

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

eines Armes oder einer Hand	80 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
Bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden ersetzt:	70 %
eines Beines oder eines Fußes	80 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	8 %
eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	15 %
der Stimme	100%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
eines Lungenflügels	50%
der Milz	10%
der Niere, bei Erhalt der anderen Niere	25%
der Niere, sofern eine Niere bereits vor dem Unfall fehlte	75%
bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch den selben Unfall	100%

2. Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder ordnungsgemäße Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind, versichert.

Das Lenken von motorisierten Kraftfahrzeugen, ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 ‰ liegt.
Die Benutzung eines Fahrrades ist nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 ‰ liegt.

In allen sonstigen Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Blutalkoholgehalt unter 2,0 ‰ liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank oder drogen- oder medikamentenabhängig gewesen ist.

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gamma-hydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen), gelten als mitversichert.

3. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (KL6046)

In Ergänzung von Ziffer 5.2.2 AUB besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses (Ziffer 1.3 AUB) handelt.

Strahlenarten im Sinne dieser Bedingungen, insbesondere zu Abs. 1 dieser Ziffer sind natürlich vorhandene oder künstlich erzeugte ionisierende Strahlen wie

- Röntgenstrahlen;
- Maserstrahlen;
- Laserstrahlen;
- ultraviolette oder infrarote Strahlen;
- energiereiche Strahlen bis 100 EV;
- radioaktive Strahlen (s. jedoch Abs. 4);
- Neutronenstrahlen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach u. a. Schäden durch die in Abs. 2 dieser Ziffer beschriebenen Strahlenarten, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Strahlenapparaten (auch in der medizinischen Therapie) darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird von den Deckungserweiterungen des Absatzes 2 nicht berührt und gilt unverändert.

4. Obliegenheiten

Zu Ziffer 7.1 AUB wird klargestellt, dass keine Obliegenheitsverletzung vorliegt, wenn zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb und die Meldung dann unverzüglich nachgeholt wird.

5. Kündigungsfrist im Schadenfall

Die Frist, nach deren Ablauf unsere Kündigung im Schadenfall gemäß Ziffer 10.3 AUB wirksam wird, wird auf drei Monate verlängert.

Sonderbedingungen Plus (vvp)

In der Fassung 01/2024
Ausgabe 01/2024

1. Kurkostenbeihilfe (U199)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1.1 Leistungsvorrausetzungen

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachtzuweisen.

Für Rehabilitationsmaßnahmen wird keine Kurkostenbeihilfe gezahlt.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Erstattung erfolgt bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal 10.000 EUR je Peron und Schadenereignis.

1.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

2. Komatöse Zustände

2.1 Die versicherte Person fällt in Folge

- eines Unfalls gemäß Ziffer 1 AUB,
- einer Infektion gemäß Ziffer 5.2.4 AUB oder
- einer Vergiftung gemäß Ziffer 5.2 6 AUB

in ein cerebrales (Störungen der Großhirn- und Hirnstammfunktionen) oder hypophysäres Koma oder wird in eine therapeutische medizinische Langzeit-Narkose („künstliches Koma“) versetzt.

2.2 Für die Zeit des o.g. Zustandes, längstens jedoch für zwei Jahre ab den Unfalldatum, werden wöchentlich 175 EUR gezahlt. Die Versicherungssumme wird nicht anteilig ausgezahlt, sondern immer nur, sofern eine volle Woche Leistungsvorrausetzungen erfüllt hat.

2.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

3. Feststellung der Invalidität

In Abänderung der Ziffer 2.1.1.2 wird die Frist zur Feststellung der Invalidität auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, festgelegt.

Die Frist gilt als eingehalten, wenn für die ärztliche Feststellung und Geltendmachung der behandelnde oder ein anderer Arzt von Ihnen (Versicherten) oder uns rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen angeschrieben/beauftragt wurde und dieser seine Informationen nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

4. Verbesserte Gliedertaxe (KL6056)

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB erhält folgende Fassung:

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

eines Armes oder einer Hand	80 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
Bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden ersetzt:	70 %
eines Beines oder eines Fußes	80 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	8 %
eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	15 %
der Stimme	100%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
eines Lungenflügels	50%
der Milz	10%
der Nieren, bei Erhalt der anderen Niere	25%
der Niere, sofern eine Niere bereits vor dem Unfall fehlte	75%
bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch den selben Unfall	100%

5. Tagegeld

Zu Ziffer 2.3 AUB:

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt.

Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

6. Bergungskosten (U170)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

6.1 Leistungsvoraussetzung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- 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 Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle

entstanden.

6.2 Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

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

6.4 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von einem Dritten übernommenen Kosten insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag.

Hierzu zählen auch nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer, sofern die Voraussetzungen gemäß Ziff. 1.4.3 AUB erfüllt sind und diese Kosten medizinisch geboten waren.

6.5 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistung nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

7. Mitversicherung von Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz (U197)

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

7.1 Leistungsvoraussetzung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören sämtliche natürlichen Zähne, ausgenommen Milchzähne, zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

- für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,
- für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Laborkosten

insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen, für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege.

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

7.3 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

8. Medizinische Hilfsmittel

8.1 Leistungsvoraussetzung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

8.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

8.3 Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zu einem Betrag von 3.000 EUR ersetzt.

8.4 Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leitungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil.

9. Bewusstseinsstörungen

9.1 In Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder ordnungsgemäße Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind, versichert.

Das Lenken von motorisierten Kraftfahrzeugen ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 ‰ liegt.

Die Benutzung eines Fahrrades ist nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 ‰ liegt.

In allen sonstigen Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Blutalkoholgehalt unter 2,0 ‰ liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank oder drogen- oder medikamentenabhängig gewesen ist.

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen), gelten als mitversichert

9.2 Unfälle, die sich im Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung ereignen, gelten ebenfalls mitversichert.

Die Mitversicherung gilt nicht, sofern der Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung

- durch Alkoholeinfluss oder

- die Einnahme von Schlafmitteln oder

- sonstigen Medikamenten bzw. Drogen oder

- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurden.

In diesem Fall wird kein Versicherungsschutz geboten.

10. Motorsportveranstaltungen

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle anlässlich der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten etc.) ankommt.

Kommt es bei Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen nur zum Teil auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten an, so beschränkt sich der Ausschluss nur auf diese Teile (z.B. Sonderprüfung bei Rallys).

11. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (KL6046)

11.1 In Ergänzung von Ziffer 5.2.2 AUB besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses (Ziffer 1.3 AUB) handelt.

11.2 Strahlenarten im Sinne dieser Bedingungen, insbesondere zu Absatz 1 sind natürlich vorhandene oder künstlich erzeugte ionisierende Strahlen wie

- Röntgenstrahlen;

- Maserstrahlen;

- Laserstrahlen;

- ultraviolette oder infrarote Strahlen;

- energiereiche Strahlen bis 100 EV;

- radioaktive Strahlen (s. jedoch Ziffer 40.4);

- Neutronenstrahlen.

11.3 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z.B. Schäden durch die in Absatz 2 beschriebenen Strahlenarten, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Strahlenapparaten (auch in der medizinischen Therapie) darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

11.4 Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird von den Deckungserweiterungen des Absatzes 2 nicht berührt und gilt unverändert.

12. Medizinische Eingriffe

In Abänderung von Ziff. 5.2.3 AUB gelten Pedi- oder Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

13. Psychische Reaktionen

Zu Ziffer 5.2.7 AUB gilt ergänzend vereinbart:

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch einen Unfallverursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder

- durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen sind.

14. Änderung der Berufstätigkeit

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die lt. Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen ist, so gilt die Einschränkung nicht, wenn die Sondergefahr für die Dauer von längstens drei Monaten ausgeübt wird.

In Abänderung der Ziffer 6.1. AUB entfällt eine Verminderung der Versicherungssummen, wenn die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich unterbleibt.

Die Beitragsberichtigung nach Ziffer 6.3 AUB letzter Absatz bleibt davon unberührt.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist jedoch, dass wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewähren.

15. Obliegenheiten

Zu Ziffer 7.1 AUB wird klargestellt, dass keine Obliegenheitsverletzung vorliegt, wenn zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb und die Meldung dann unverzüglich nachgeholt wird.

16. Attestkosten und Einkommensausfall bei Selbstständigen

Zu Ziffer 7.3 AUB:

16.1 Die Attestkosten tragen wir ohne Einschränkung.

16.2 Wird bei Selbstständigen der Einkommensausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag, der 1,5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 500 EUR beträgt. Diesen Betrag leisten wir je Versicherungsfall nur einmal.

16.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Beitrag nicht teil.

17. Versehensklausel

Ziffer 8 AUB wird wie folgt erweitert:

Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben Sie eine unrichtige Anzeige ab und unterlassen Sie die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird.

Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so müssen Sie diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt entrichten, an dem dieser Umstand eingetreten ist.

18. Kündigungsfrist im Schadenfall

Die Frist, nach deren Ablauf unsere Kündigung im Schadenfall gemäß Ziffer 10.3 AUB wirksam wird, wird auf drei Monate verlängert.

Leistungs- und Bedingungsverbesserung

Sofern der Versicherer zukünftig Verbesserungen der Versicherungsleistung oder ein verbessertes Bedingungswerk anbietet, können diese auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn der Versicherer diese Vereinbarung anwendet, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer über die Änderungen der Leistungen und des Bedingungswerkes informieren.

Der Versicherer informiert auch über die gegebenenfalls damit verbundene Beitragserhöhung, die ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Die verbesserten Versicherungsleistungen, das verbesserte Bedingungswerk und die gegebenenfalls damit verbundene Beitragserhöhung werden dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn der Versicherungsnehmer der vom Versicherer vorgeschlagenen Umstellung nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung widerspricht.

Der Widerspruch muss in Textform (z. B. Brief, E-Mail, Fax) erfolgen. Hierauf wird in der Information ausdrücklich hingewiesen. Für die Rechtzeitigkeit des Widerspruchs reicht es aus, wenn dieser innerhalb der Frist abgesendet wird. Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag zu den bisherigen Bedingungen fortgeführt.

Innovationsversprechen

Werden die Versicherungsbedingungen und Versicherungsleistungen der Zurich zum Vorteil des Versicherungsnehmers weiter- oder neuentwickelt, so kann der Versicherungsnehmer die Schadenregulierung nach den neuen Bedingungen der Zurich verlangen. Dies gilt nicht bei Versicherungsbedingungen mit separatem Beitragszuschlag oder soweit dem Versicherungsnehmer eine Umstellung gegen Beitragszuschlag angeboten wurde und diese von ihm abgelehnt wurde.

Die Entschädigungsleistung ist in jedem Fall auf die für diese laufende Versicherung vereinbarten Gesamtversicherungssummen und Kosten begrenzt.

Besitzstandsklausel

Sofern eine Vertragsänderung in Form einer Umstellung auf ein aktuelles Bedingungswerk oder dieser Vertrag als Ersatz für einen bei Zurich bestehenden Vertrag vereinbart wird, gilt folgende Besitzstandsklausel:

Die Schadenregulierung erfolgt auf in Textform geäußerten Wunsch des Versicherungsnehmers auf Basis der zuvor letztgültigen Zurich Vertragsgrundlagen. Die Regulierung des Schadens erfolgt dann in allen Punkten gemäß der letztgültigen Vertragsgrundlage.

Wurden mit der Vertragsumstellung auf das neue Bedingungswerk höhere Selbstbeteiligungen, weitergehende Ausschlusstatbestände oder geringere Versicherungssummen vereinbart, so kann sich der Versicherungsnehmer diesbezüglich nicht auf den Vertragsumfang des letztgültigen Zurich Bedingungswerkes berufen.

Ebenso nicht unter diese Vereinbarung fallen Einschränkungen oder Ausschlüsse, die sich aufgrund der Änderungen von Gesetzen und Verordnungen ergeben.

U142 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Was gilt für Versicherungen ohne Namensangabe?

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Neu zu versichernde Personen, die einer bereits stehenden Gruppe zugeordnet werden können, sind ab dem Zeitpunkt des Eintritts in diese Gruppe automatisch versichert.

1.4 Neu zu versichernden Personen, die nicht einer bereits bestehenden Gruppe zugeordnet werden können, sind nicht automatisch versichert. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn wir uns mit Ihnen über Deckungsumfang, Versicherungssumme und Prämie der neuen Gruppe geeinigt haben.

1.5 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.6 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für den zurückliegenden Zeitabschnitt, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.7 Unterlassen Sie die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so sind wir berechtigt, die Prämie unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Ihnen ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Prämienberechnung angenommene, so ist die zu viel gezahlte Prämie an Sie zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist die Mehrprämie nachzuzahlen.

2 Was gilt für Versicherungen mit Namensangabe?

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

3 Wann endet der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person?

3.1 Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben oder wenn wegen dieser Leistung Klage gegen uns erhoben wurde.

Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet einen Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.

3.2 Wenn wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben, endet bei Versicherungen ohne Namensangabe der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person, wenn sie aus dem Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

Bei Versicherungen mit Namensangabe endet der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden, frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3.3 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet immer, wenn sie in eine Tätigkeit wechselt, für die wir laut unserem Tarif keinen Versicherungsschutz anbieten.

4 Wann endet der Vertrag?

Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

4.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

4.2 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Zusammenfassung mögliche Zusatz-Bedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung

In der Fassung 01.2024
In der Ausgabe 01.2024

Jede dieser Klauseln ist nur Vertragsbestandteil, wenn sie im Versicherungsschein, in dessen Nachträgen bzw. Deckungskonzept ausdrücklich als vereinbart aufgeführt ist.

U142 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1. Was gilt für Versicherungen ohne Namensangabe?

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Neu zu versichernde Personen, die einer bereits bestehenden Gruppe zugeordnet werden können, sind ab dem Zeitpunkt des Eintritts in diese Gruppe automatisch versichert.

1.4 Neu zu versichernden Personen, die nicht einer bereits bestehenden Gruppe zugeordnet werden können, sind nicht automatisch versichert. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn wir uns mit Ihnen über Deckungsumfang, Versicherungssumme und Prämie der neuen Gruppe geeinigt haben.

1.5 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wie diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.6 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für den zurückliegenden Zeitabschnitt, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.7 Unterlassen Sie die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so sind wir berechtigt, die Prämie unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Ihnen ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Prämienberechnung angenommene, so ist die zu viel gezahlte Prämie an Sie zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist die Mehrprämie nachzuzahlen.

2. Was gilt für Versicherungen mit Namensangabe?

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

3. Wann endet der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person?

3.1 Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben oder wenn wegen dieser Leistung Klage gegen uns erhoben wurde. Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet einen Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.

3.2 Wenn wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben, endet bei Versicherungen ohne Namensangabe der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person, wenn sie aus dem Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

Bei Versicherungen mit Namensangabe endet der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden, frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3.3 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person endet immer, wenn sie in eine Tätigkeit wechselt, für die wir laut unserem Tarif keinen Versicherungsschutz anbieten.

4. Wann endet der Vertrag?

Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

4.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

4.2 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

U143 Besondere Bedingungen für die Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen bei Gruppen-Unfallversicherungen ohne Direktanspruch

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung). Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Arbeitgeber zu.

Zahlen wir nach einem Unfall eines versicherten Arbeitnehmers eine Leistung, führt dies zu einer nachgelagerten Versteuerung des Beitragsanteils, der auf diesen Arbeitnehmer entfällt. Zusätzlich können Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung (Sozialversicherung) fällig werden.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den nachgewiesenen und gesetzlich geschuldeten Arbeitgeberanteil, den Sie auf den Beitragsanteil des betroffenen Arbeitnehmers gezahlt haben. Sie müssen den Anspruch auf Ihren Arbeitgeberanteil innerhalb eines Jahres nach Zahlung des Anteils bei uns geltend machen.

U144 Besondere Bedingungen zur Sicherstellung des Informationsflusses an die versicherte Person im Rahmen einer Vereins-/Verbands-Unfallversicherung

Die bestehende Informationspflicht als Versicherungsnehmer gegenüber der versicherten Person mit Direktanspruch über das Bestehen dieses Vertrages, wird wie folgt ergänzt:

1. Ergeben sich während der Vertragslaufzeit Änderungen hinsichtlich unserer Identität und Anschrift, Änderungen der wesentlichen Merkmale der vereinbarten Versicherungsleistung wie z.B. Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen sowie Änderungen der Vertragslaufzeit, so sind diesen dem versicherten Personenkreis durch Sie unverzüglich mitzuteilen.

2. Wird der Vertrag gekündigt, dann obliegt Ihnen die Informationspflicht gegenüber den versicherten Personen über das Wirksamwerden der Kündigung.

3. Weiterhin ist die versicherte Person durch Sie darüber zu informieren, dass ggf. die Möglichkeit besteht, den bestehenden Versicherungsschutz über einen Einzelvertrag fortzusetzen.

4. Vor der Verbreitung und Nutzung von Werbeunterlagen, Informationsdruckstücken und sonstigen Veröffentlichungen, die Bezug zum Versicherungsschutz im Rahmen und Umfang dieser bestehenden Versicherung haben oder ihn erwähnen, ist mit uns als Vertragspartner Einvernehmen über den Wortlaut herzustellen.

U150 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätsfallsumme,

3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme.

U 154 Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherungmit Einschluss von Vergiftungen

1. Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Tarif für Kinder versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, wird die Versicherung zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Danach endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus unserem Tarif für Erwachsene ergibt.

2. Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das nach Ziffer 1 der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich unsere Leistungen nach dem im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

3.

a) In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB 2014 fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

b) Dieser Einschluss gilt nur für Kinder, die im Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

4. In Abweichung von Ziffer 9.4 AUB 2014 wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

5. Wenn Sie vor Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sterben, gilt unter der Voraussetzung, dass

– Sie bei Antragstellung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,

– die Versicherung nicht gekündigt war und

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

Folgendes:

a) Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anders vereinbart ist.

b) 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. Mit Ablauf dieses Jahres endet die Versicherung.

U157 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB), nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 160.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei Zurich weitere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

U 158 Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

1. Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufes und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne von § 8 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.

1.1. Ziffer 6 AUB entfällt. Sie melden uns unverzüglich, wenn die versicherte Person länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.

1.2. Ist die versicherte Person länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat sie länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Bedingungen. Der Vertrag besteht nach Ziffer 6 der AUB fort.

1.3. Wird die versicherte Person durch eine Berufsgenossenschaft wieder gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt sie erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so müssen Sie uns dies unverzüglich wieder melden. Von dem Tage an, der dem Datum des Eingangs Ihrer Anzeige bei uns folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form gemäß Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen.

2. Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

U162 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Leistungen ab einem Invaliditätsgrad von 20 %

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

2.1.2.4 Versicherungsleistungen werden nur dann fällig, wenn sich nach den Bestimmungen in 2.1.2.1 – 2.1.2.3 AUB ein Invaliditätsgrad von mindestens 20 % ergibt.

U163 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 %

1. Die Versicherungssummen werden jeweils um den Prozentsatz erhöht, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch jährlich um 5 %. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 EUR, für Heilkosten, Übergangsleistung und Kosten für kosmetische Operationen auf volle 50 EUR und für die Unfall-Rente und Schmerzensgeld auf volle 5 EUR aufgerundet. Der Beitrag errechnet sich neu aus den erhöhten Versicherungssummen.

2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

3. Spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag.

4. Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziffer 3. Sie sind auf den Fristablauf hinzuweisen. Ihr Widerruf ist in Textform an unsere Hauptverwaltung oder an das im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Zurich Kunden Center zu richten. Auf Ihren Wunsch hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

6. Wenn dem Vertrag die Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen zugrunde liegen, treten die Regelungen gemäß Ziffer 1 bis 5 bei Ihrem Tode außer Kraft.

U165 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Heilkosten in die Unfallversicherung

1. Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens, für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderlichen Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandsmittel, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

2 Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

3.

a) Bei gleichzeitigem Bestehen einer Einzel-Krankheitskostenversicherung und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten.

Sobald der Unfallversicherer von dem Zusammentreffen einer Einzel-Krankheitskosten- und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung Kenntnis erhalten hat, wird der anteilige Beitrag für die Unfallheilkostenversicherung vom nächsten Monatsersten an auf die Hälfte herabgesetzt. Der Unfallversicherer hat den zu viel gezahlten Beitrag zurückzuerstatten. Bei Wegfall einer Einzel-Krankheitskostenversicherung hat der Versicherungsnehmer vom nächsten Monatsersten an den vollen Unfallheilkostenbeitrag zu zahlen und erwirbt damit Anspruch auf die vollen Leistungen.

b) Der Versicherungsnehmer hat einen Wegfall der Einzel-Krankheitskostenversicherung dem Unfallversicherer unverzüglich anzuzeigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Anzeige des Wegfalls der Einzel-Krankheitskostenversicherung oder ist er mit der erstmaligen Entrichtung des wegen des Wegfalls zu zahlenden weiteren Beitragsanteils länger als einen Monat im Verzug, so hat er aus der Einzel-Unfallheilkostenversicherung nur Anspruch auf die halben Leistungen.

U166 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (300 %)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,

3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätsfallsumme.

U167 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 %

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 70 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

U170 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Leistungsvoraussetzung

Der versicherten Person sind einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten:

– für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,

– 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 Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,

– für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle

entstanden.

2. Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

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

4. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von einem Dritten übernommenen Kosten insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen genannten Betrag.

Hierzu zählen auch nachgewiesene Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer. Voraussetzung ist, dass die Nutzung durch einen tauchtypischen Gesundheitsschaden gemäß der Mitversicherung über die Besonderen Bedingungen veranlasst wurde und medizinisch geboten war.

5. Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Beitrag nicht teil.

U173 Besondere Bedingungen für Sondertarife Vereine, Industrie, Handels-/Handwerks- und andere Kammern, Innungen, Wirtschafts-/Fachverbände, sonstige Vereinigungen,

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) nur die Unfälle, von denen die versicherten Personen bei der Ausführung ihrer neben- oder ehrenamtlichen Tätigkeit für die Versicherungsnehmerin betroffen werden. Unfälle auf den direkten Wegen zu und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch private Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten) unterbrochen wird.

Wird der Versicherungsschutz auf **private Unfälle** während der Dauer **auswärtiger Veranstaltungen** ausgedehnt, gilt **zusätzlich:**

Während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen umfasst der Versicherungsschutz auch Unfälle privater Natur; Unfälle auf der Hin- und Rückreise zum und vom Ort der Veranstaltung sind mitversichert.

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung verlässt, jedoch nicht früher als 24 Stunden vor Beginn der auswärtigen Veranstaltung. Er endet mit der Rückkehr in die Wohnung, spätestens jedoch 24 Stunden nach Beendigung der Veranstaltung.

U174 Besondere Bedingungen für Sondertarif

1. für Vereine ohne Sportbetrieb (Gesangs-, Musik-, Opern- und Theatervereine, gesellige Vereine, Trachten-, Traditions- und Schützenvereine):

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) nur die Unfälle, von denen die Mitglieder des Vereines während der Vereinsübungsstunden und Proben, bei Vereinsversammlungen und Vereinsveranstaltungen sowie bei Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrag des Vereines teilnehmen und die dem Zweck des Vereines entsprechen, betroffen werden. Unfälle auf den direkten Wegen zu und von solchen Veranstaltungen sind mitversichert, bei Fahrten zu **auswärtigen Veranstaltungen** aber nur, soweit sie **gemeinschaftlich** durchgeführt werden. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch private Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten) unterbrochen wird.

2. für Vereine mit Sportbetrieb:

– für aktive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) nur die Unfälle, von denen die Mitglieder bei der/den vom Verein oder seinen dazu beauftragten Organen veranstalteten und beaufsichtigten Sportart(en), wie z. B. Fußballspiele, Wanderungen, etc. betroffen werden. Unfälle anlässlich von Übungen in anderen als der/den genannten Sportart(en) sind mitversichert, wenn sie als Vorbereitung für die Ausübung der genannten Sportart(en) zweckdienlich und vom Verein oder von seinen dazu beauftragten Organen angeordnet und beaufsichtigt sind. Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle, die sich bei Vereinsversammlungen, Vereinsfestlichkeiten und Festzügen ereignen, an denen die Mitglieder im Auftrag des Vereines teilnehmen. Unfälle auf den direkten Wegen zu und von den Veranstaltungen sind mitversichert, bei Fahrten zu **auswärtigen Veranstaltungen** aber nur, soweit sie **gemeinschaftlich** durchgeführt werden. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch private Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten) unterbrochen wird.

– für passive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die passiven Mitglieder bei Vereinsversammlungen, Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrag des Vereines teilnehmen und die dem Zweck des Vereines entsprechen, betroffen werden. Unfälle bei der Ausübung jeglicher Sportart sind ausgeschlossen.

U192 Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % in der Unfallversicherung

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %. Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. AUB

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 2.1.2.3. AUB

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3. Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat und danach

– monatlich im Voraus.

Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– die versicherte Person stirbt oder

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 AUB vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

4. Berechnungsgrundlage und Neubemessung des Invaliditätsgrades

Der nach Ziffer 2.7.1 AUB maßgebliche Invaliditätsgrad bemisst sich nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4. AUB Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen, progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen bleiben unberücksichtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad kann gemäß Ziffer 9.4 AUB auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

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

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der im Vertrag vereinbarte Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

U193 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,

3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme.

U194 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 AUB zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1. für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

2. für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme,

3. für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätsfallsumme.

U196 Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung in der Unfallversicherung

Ziffer 2.2 AUB wird wie folgt geändert:

1. Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person ist unfallbedingt für drei Monate vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

– im beruflichen oder außerberuflichen Bereich

– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

– zu mindestens 50% in ihrer normalen, körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von vier Monaten nach dem Unfall bei uns durch ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen und mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens drei Monaten ausgehen.

2. Die versicherte Person ist unfallbedingt für sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

– im beruflichen oder außerberuflichen Bereich

– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

– zu mindestens 50% in ihrer normalen, körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen und mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten ausgehen.

3. Art und Höhe der Leistung

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 1 erfüllt, zahlen wir die Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssummen für die verbesserte Übergangsleistung.

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt, zahlen wir die andere Hälfte der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssummen für die verbesserte Übergangsleistung.

U197 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Leistungsvoraussetzung

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

Soweit Zähne betroffen sind gehören sämtliche natürlichen Zähne, ausgenommen Milchzähne, zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

– durch einen Arzt,

– nach Abschluss der Heilbehandlung und

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

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

– für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,

– für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus oder Klinik,

– für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Laborkosten

insgesamt bis zum im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrag.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für

– beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen,

– Nahrungs- und Genussmittel,

– Bade- und Erholungsreisen sowie,

– für Krankenpflege,

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

3. Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Beitrag nicht teil.

U199 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung

Ziffer 2 AUB wird wie folgt erweitert:

1. Leistungsvoraussetzung

Die versicherte Person hat

– wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen

– innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,

– eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär

– für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Kosten für Rehabilitations-Maßnahmen werden nicht ersetzt.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Kurbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Die Erstattung erfolgt bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten, maximal bis zu 10.000 EUR je Person und Schadenereignis.

3. Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.

Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Beitrag nicht teil.

KL6016 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

1. Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):

„In Ergänzung der Ziffern 5.2.4.1 und 5.2.4.2 AUB gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Masse in Auge, Mund oder Nase geschleudert wird."

2. Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:

„In Ergänzung der Ziffern 5.2.4.1 und 5.2.4.2 AUB gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht."

3. Für die Unfallversicherung von Chemikern und Desinfektoren:

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

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

Im Falle der Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:

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

KL6046 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Gesundheitsschädigungen durch Strahlen in der Unfallversicherung

1. In Ergänzung von Ziffer 5.2.2 AUB besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

2. Strahlenarten im Sinne der Bedingungen, insbesondere zu Absatz 1 sind natürlich vorhandene oder künstlich erzeugte ionisierende Strahlen wie:

– Röntgenstrahlen;

– Maserstrahlen;

– Laserstrahlen;

– Ultraviolette oder infrarote Strahlen;

– Energiereiche Strahlen bis 100 EV;

– Radioaktive Strahlen (s. jedoch Absatz 4);

– Neutronenstrahlen.

3. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z.B. Schäden durch die in Absatz 2 beschriebenen Strahlenarten, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Strahlenapparaten (auch in der medizinischen Therapie) darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

4. Der Ausschluss von Ziffer 5.1.6 AUB (Kernenergie) wird von den Deckungserweiterungen des Absatzes 2 nicht berührt und gilt unverändert.

KL6055 Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Ärzte (verbesserte Gliedertaxe) in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich folgende Invaliditätsgrade:

eines Armes oder einer Hand	100 %
eines Daumens oder Zeigefingers	60 %
eines anderen Fingers	20 %
eines Beines oder Fußes	80 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	8 %
eines Auges	80 %
des Gehörs auf beiden Ohren	70 %

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

KL6056 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer verbesserten Gliedertaxe in der Unfallversicherung

1. Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

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

eines Armes oder einer Hand	80%
eines Daumens	30%
Zeigefingers	16%
eines anderen Fingers	10%

bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden ersetzt	70%
eines Beines oder Fußes	80%
einer großen Zehe	15%
einer anderen Zehe	8%
eines Auges	60%
des Gehörs auf einem Ohr	40%
des Geruchssinns	15%
des Geschmackssinns	15%
der Stimme	100%
der Gallenblase	10%
des Magens	20%
eines Lungenflügels	50%
der Milz	10%
der Niere, bei erhalt der anderen Niere	25%
der Nieren, sofern eine Niere bereits vor dem Unfall fehlte	75%
bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch den selben Unfall	100%

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

2. Verlust der Sehkraft oder des Gehörs

2.1 Die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person ist vor dem Unfall vollständig verloren. Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB und Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingung gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %.

Insgesamt gilt für diese Ziffer 2: Der Verlust der Sehkraft eines Auges oder beiden Augen beinhalten den dauerhaften und gänzlichen Verlust der Sehkraft, der als eingetreten gilt:

a) auf beiden Augen, wenn uns der Nachweis erbracht wurde, dass es sich um einen dauerhaften Zustand handelt, für den es erwartungsgemäß keine Heilung gibt und die versicherte Person auf Veranlassung eines qualifizierten Augenarztes in das Blindenregister eingetragen wurde.

b) auf einem Auge, wenn der Grad der verbliebenen Sehkraft nach Korrekturmaßnahmen 3/60 oder weniger auf der Snellen-Skala beträgt (entspricht Visus 0,05 nach EN ISO 8596) und davon ausgegangen werden muss, dass es sich um einen dauerhaften Zustand handelt, für den es erwartungsgemäß keine Heilung gibt.

2.2 Ist das Gehör auf einem Ohr vor dem Unfall schon vollständig verloren, gilt abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB und Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingung für den Verlust des Gehörs auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 70 %.

Wenn der Verlust von Sehkraft und Gehör vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei den Leistungen aus Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingung.

3. Die verbesserte Gliedertaxe entfällt, sobald die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt wird automatisch die Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 AUB für die betroffene versicherte Person Bestandteil des Vertrages.

KL6057 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer verbesserten Gliedertaxe 100% in der Unfallversicherung

1. Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

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

eines Armes oder einer Hand	100%
eines Daumens	35%
Zeigefingers	20%
eines anderen Fingers	15%
eines Beines oder Fußes	100%
einer großen Zehe	15%
einer anderen Zehe	8%
eines Auges	65%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall verloren war	100%
des Gehörs auf einem Ohr	60%
sofern jedoch das Gehör auf dem anderen Ohr vor dem Unfall verloren war	100%
des Geruchssinns	20%
des Geschmackssinns	20%
der Stimme	100%
der Milz	10%
der Zeugungsfähigkeit bei Männern	50%
Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen vor der Prämenopause	50%

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

2. Die verbesserte Gliedertaxe entfällt, sobald die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt wir automatisch die Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.AUB für die betroffene versichere Person Bestandteil des Vertrages.

KL6165 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr einen Unfall erlitten.
Für die Behebung der Unfallfolgen sind ihr Heilkosten im Ausland entstanden, die nicht durch ihren privaten oder öffentlich-rechtlichen Krankenversicherer erstattet wurden.

2. Art und Höhe der Leistung:

Ab einem Betrag von 50 EUR leisten wir insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von 5.000 EUR Ersatz für die nachgewiesenen

- medizinisch notwendigen Kosten für Arzthonorare,
- medizinisch notwendigen sonstigen Operationskosten,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,
- Kosten für medizinisch notwendigen und verordneten Arzneien,
- Kosten für verordnete künstliche Glieder,
- Kosten für medizinisch notwendiges und verordnetes Verbandszeug.

Die Kostenbeihilfe wird je Person und Schadenereignis nur einmal gezahlt.

3. Bestehen für die versicherte Person bei der Zurich mehrere Unfallversicherungen, werden die hier vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge gezahlt.
Der festgelegte Höchstbetrag nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistungen und Prämie nicht teil

KL6426 Kumulrisiko

Einzelkumulrisiko

Bestehen für die versicherte Person bei Zurich weitere Unfallversicherungsverträge, entweder als versicherte Person eines privaten Unfallvertrages oder als versicherte Person im Rahmen eines Gruppenunfallvertrages, und kann für ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallschadenereignis auch ein solcher weiterer Vertrag in Anspruch genommen werden, so gilt für die versicherte Person eine Höchstentschädigung der folgenden Leistungsarten für alle Verträge zusammen:

• Invalidität in Höhe von 3.000.000 EUR insgesamt

• Todesfallleistung in Höhe von 600.000 EUR insgesamt

• Unfall Rente in Höhe von 5.000 EUR monatlich insgesamt

Gruppenkumulrisiko

Werden mehrere versicherte Personen von dem gleichen Schadenereignis betroffen und überschreitet die Versicherungsleistung aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt EUR 10.000.000,-, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstentschädigungssumme für alle Versicherten, die von dem gleichen Schadenereignis betroffen wurden. Die für die Einzelperson vereinbarte Höchstentschädigung ermäßigt sich im entsprechenden Verhältnis

KL6436 Besondere Bedingung für die pauschale Mitversicherung des passiven Kriegsrisiko in der Gruppen-Unfallversicherung

1. In Abänderung von Ziffer 5.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die der versicherten Person durch Krieg oder Kriegsereignisse - einschließlich Bürgerkrieg, Revolution und Invasion - zustoßen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko).

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

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

2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben:

a) Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) oder ähnlich konfigurierte Massenvernichtungswaffen;

b) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren permanenten Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt von mindestens 12 Monaten am Stück hat, als kriegsführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden, ohne dass dieser Staat kriegsführenden Partei ist.

c) Unfälle der versicherten Person als Fluggast.

3. Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen erlischt automatisch nach einer Frist von vierzehn Tagen und kann nur nach besonderer Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien verlängert werden.

KL6800 Nur eingeschränkt oder nicht versicherbare Personen

– Bestandteil der Vertragsbestimmungen –

Aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person verzichtet. Der Versicherungsschutz gilt deshalb nicht oder nur eingeschränkt für die der versicherten Person bekannten, nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder Gebrechen, wegen derer die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor dem Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde.

Eingeschränkt versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen/Gebrechen:

- ADHS/ADS
- Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium I oder II
- Arthritis, wenn rheumatisch oder primär chronische Polyarthritis
- Arthrose, wenn mehr als ein großes Gelenk betroffen
- Augenerkrankungen, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien
- Bandscheibenvorfall, -prolaps, Lumbago, Lendenwirbelsäulensyndrom
- Bluter, Gerinnungsfaktor größer 5% und bis einschl. 15%; Hämophilie Typ A oder B
- Diabetes mellitus – Zuckerkrankheit
- Downsyndrom/Trisomie 21 ohne Herzfehler
- Epilepsie, Fallsucht, Gehirnfunktionsstörung seit 2–5 Jahren anfallsfrei
- Grauer Star (Katarakt) nicht operiert und Sehleistung größer 30%
- Grüner Star (Glaukom) nicht operiert und Sehleistung größer 30%
- Herzleiden, -erkrankung, koronare Herzerkrankung
- Kinderlähmung, Poliomyelitis spinale
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Hüftluxationen
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Knieluxationen
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle Schulterluxationen
- Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
- Organtransplantationen
- Osteoporose
- Skoliose mit Skoliosewinkel größer 20 Grad
- Wirbelsäulenerkrankung

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt folgendes vereinbart:

Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades und in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch eine Minderung.

Nicht versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen:

- AIDS – sowohl „HIV-positiv“ als auch „an AIDS erkrankt“
- Alkoholismus, wenn weniger als 10 Jahre abstinent
- Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium III und IV
- Autismus
- Bechterew'sche Krankheit, Bechterew'sche-Strümpel-Marie
- Bluter, Gerinnungsfaktor bis einschl. 5%; Hämophilie Typ A oder B
- Blutkrebs, siehe Leukämie
- Downsyndrom/Trisomie 21 mit Herzfehler
- Drogen-/Rauschgiftsucht, wenn weniger als 10 Jahre abstinent
- Epilepsie, Fallsucht, Gehirnfunktionsstörung kleiner 2 Jahre anfallsfrei
- Geistige Behinderung – GdB größer gleich 50% und/oder Pflege-stufe/Pflegegrad
- Glasknochen, Osteogenesis Imperfecta
- Grauer Star (Katarakt) Sehleistung kleiner gleich 30%
- Grüner Star (Glaukom) Sehleistung kleiner gleich 30%
- Hämophilie Typ A oder B; Bluter, Gerinnungsfaktor bis einschl. 5%
- Hepatitis, chronisch
- Hirntumor, mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren
- Immunschwäche, Immundefektsyndrom
- Karzinom/Krebs, mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren
- Leukämie, siehe Blutkrebs
- Morbus Crohn/Colitis ulcerosa
- Multiple Sklerose
- Muskelatrophie, -dystrophie

- Oligophrenie (Schwachsinn)
- Osteoporose mit Auftreten von Spontanbrüchen
- Parkinson-Syndrom, -Krankheit
- Pflegebedürftigkeit (Stufe 1 bis 3/Pflegegrad 2 bis 5)
- Psychose
- Schizophrenie
- Schlaganfall (Apoplexie) kleiner 2 Jahre anfallsfrei
- Spastik an mehreren Extremitäten
- Spina bifida (offener Rücken) GdB größer gleich 50%
- Tumor (bösartig), mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie in den letzten 3 Jahren
- Zerebralparese

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt folgendes vereinbart:

Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Insurance Europe AG
Niederlassung für Deutschland
Platz der Einheit 2
60327 Frankfurt am Main
Telefon: 069 7115-0
Fax: 069 7115-3358
E-Mail: service@zurich.de

Unsere **Datenschutzbeauftragte** erreichen Sie unter folgender Adresse:

Zurich Gruppe Deutschland
Konzerndatenschutz
50427 Köln
E-Mail: datenschutz@zurich.com

Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogenen Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Daten von Antragstellern können wir über Vermittler (z. B. Versicherungsvermittler, Makler, Tippgeber) oder über Online-Vertriebsplattformen erhalten.
- Bei Postrückläufern führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu Mitversicherten bzw. versicherten Personen erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können. Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Schadensfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu Bezugsberechtigten oder Begünstigten erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Schadensfall kontaktieren zu können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines abweichenden Halters von unserem Versicherungsnehmer und Zulassungsstellen, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.
- Daten zu Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Daten zu Zeugen erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.zurich.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sowie die Schadenbearbeitung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Zurich Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Für die Abrechnung von Außendienstvergütungen (z. B. Provision von Versicherungsvermittlern, Courtage bei Maklern oder Vergütungen von Tippgebern) ist eine Verarbeitung personenbezogener Vertragsdaten notwendig.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sowie eine Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit rechtlich zulässig,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- konzernübergreifende Prüfungen (z. B. Prüfungen der Konzern-Revision),
- zu statistischen Zwecken

– zur Verarbeitung von Daten Dritter, zu deren Gunsten ein Vertrag abgeschlossen wurde (z. B. versicherte Personen) im Rahmen der Vertragsbegründung und -durchführung,

– für Vergütungszwecke ggü. unseren Vermittlern.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, Geldwäschegesetz, Sanktions-Screening, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Schadensprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag bei einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Schadensbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten oder -rechte (z. B. Aufsichtsbehörden, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden, Gerichte, Gerichtsvollzieher, Insolvenzverwalter) oder an externe Produkt- und Kooperationspartner.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Soweit personenbezogene Daten auf Basis der Rechtsgrundlage einer Einwilligung verarbeitet werden, haben Sie grundsätzlich das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos zu widerrufen, z. B. per E-Mail an die o. g. Kontaktadressen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 31 63
65021 Wiesbaden

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung in der Sach-, Haftpflicht- oder Kraftfahrtversicherung übermitteln wir Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS

gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Detaillierte Informationen zur informa HIS GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter

www.informa-his.de.

Bonitätsauskünfte

Vor dem Abschluss einer Versicherung übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlage dieser Übermittlung ist Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmung erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. unter

www.finance.arvato.com/icdinfoblatt.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde, andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind oder einer der in der DSGVO genannten Ausnahmetatbestände gegeben ist. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter

www.zurich.de/datenschutz.

Automatisierte Einzelfallentscheidung

In der Kraftfahrtversicherung entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über den Umfang des Versicherungsschutzes oder die Höhe der Versicherungsprämie. Diese Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten, Schadensverläufe oder Ihre Kundenbeziehung.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung, wenn Ihrem Begehren nicht vollumfänglich stattgegeben wurde.

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie getrennt nach Unternehmen unter

www.zurich.de/datenschutz.

Stand: 20240101

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu besondere Kategorien von Daten (wie z. B. biometrische oder Gesundheitsdaten etc.) erhalten könnten, sind mit [1] gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit [2] gekennzeichnet.

An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
TDG Tele Dienste GmbH[1]	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland)[1]	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision, Compliance, Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungs-vertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen, Sanktions-Screening, Geldwäscheprävention)
Zurich Kunden Center GmbH[1]	Kundenservice (z. B. Telefonie)

Dienstleister, die für Zurich Insurance Europe AG, Niederlassung für Deutschland (1. – 5., 7.), die Zurich Deutscher Herold Lebens-versicherung AG (2. – 5.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG (4. – 6.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG[1]	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG[1]	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit einge-schlossener Zusatzversicherung (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit)
3. AXA Partners SAS[1]	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung für Baufinanzierungen (BaufiSchutz) bei der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung
4. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der dt. Autoversicherer, Verfahren zur elektr. Versicherungsbestätigung)
5. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)
6. Dentolo Deutschland GmbH[1]	Zentrale Dienstleistungen in der Zahnzusatz-, Tierhalterhaftpflicht- und Tierkrankenversicherung (u. a. Vertragsverwaltung, Versiche-rungsvertrieb, Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen)
7. Booking.com Transport Limited[1 2]	Vertrags- und Schadenbearbeitung im Rahmen von über booking.com geschlossener Versicherungsverträge (z .B. Car Hire Excess Insurance)

Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adress-Dienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen[1]	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistance-Dienstleister[1 2]	Assistance-Leistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.)[1]	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister[1]	Erstellung von Gutachten/Expertisen; Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister[1 2]	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Post-, Kommunikations- oder Logistikdienstleister[1]	Postbearbeitung, Dokumenten-Management inkl. Digitalisierung
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen, Analyse Dienstleister[1]	Marktforschung, Web-Analyse
Auskunfteien und Recherchedienstleister (z. B. Detekteien)[1]	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte, Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien[1]	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen[1]	Assistance-Leistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer[1 2]	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen
Zahlungsdienstleister	Abwicklung von Zahlungen über Zahlungsdienstleister (z. B. Kreditkartenanbieter)

Hinweis: Eine Weitergabe findet *nicht an alle* Dienstleister statt, sondern ggf. an einzelne Dienstleister und nur soweit es erforderlich und durch eine Rechtsgrundlage abgedeckt ist. Informationen zu Ihren Rechten bzgl. Ihrer Daten (wie z. B. einem evtl. Widerspruchsrecht) finden Sie mit weiteren Informationen zum Datenschutz in dem Dokument „Information zur Verwendung Ihrer Daten“ Ihrer Vertragsgesellschaft jeweils aktuell auf der Seite www.zurich.de/datenschutz.
Stand: 20240101-V