

**UNFALL –
LEISTUNGSHIGHLIGHTS**

Sorgen Sie für ein gutes Gefühl!

Mit der prokundo Unfallversicherung kann zwar keiner vor einem Unfall bewahrt werden, aber finanzielle Unterstützung und Hilfe garantieren, wenn es darauf ankommt, das können wir!

Überzeugend, die zahlreichen Leistungsextras.

Neu

Alle Highlights auf einen Blick:	Basis	Komfort
Top Argumente		
10 Jahre Rentengarantie auch bei Tod der versicherten Person	•	•
Gliedertaxen inkl. innere Organe	•	•
Anrechnung eines Mitwirkungsanteils von Vorerkrankungen ab	25 %	50 %
Beitragsbefreiung ab 50 % Invalidität	–	•
Unfälle durch Eigenbewegung	–	•
Zahnersatz aller Zähne bei kosmetischen Operationen	–	•
Verbesserte Leistung		
Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahre	•	•
Versehensklausel	•	•
Bedingungsverbesserungen gelten auch für den Bestand	•	•
Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit	•	•
Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit beim Lenken von Kfz bis	1,1 ‰	1,3 ‰
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente	–	•
Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall	–	•
Unfälle durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken, Ohnmachtsanfälle	–	•
Beitragsbefreiung bei Tod des VN für Kinder und Ehegatten/-gattin	–	•
Infektionen durch Zeckenbisse und zugehörige Schutzimpfungen	–	•
Krankenhaustagegeld (auch in gemischten Instituten) bis zu	3 Jahren	5 Jahren
Genesungsgeld bis zu	3 Jahren	3 Jahren
Medizinisch notwendige Umbaumaßnahmen bis	–	25.000 EUR
Marktübliche Leistung		
Kosmetische Operationen	•	•
Bergungskosten und Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen	•	•
Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser	•	•
Tauchtypische Gesundheitsschäden	•	•
Übernahme von Druckkammerkosten bis 50.000 EUR	•	•
Psychische Erkrankungen durch Unfall	•	•
Psychologische Betreuung nach einem Unfall bis 1.000 EUR	•	•
Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe	•	•
Unfälle durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	•	•
Rooming-in-Leistung in der Kinderunfallversicherung	–	•
Auslandsunfälle: doppeltes Krankenhaustagegeld	–	•
Verdienstaufschlag bei Selbstständigen	–	1,5 ‰, max. 500 EUR
Unfallbedingte Prothesenreparaturen bis	–	2.500 EUR
Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder bis 14 Jahre	–	25.000 EUR Invalidität ohne Progression für 1 Jahr
Vorsorgeversicherung für Ehepartner nach Heirat	–	25.000 EUR Invalidität ohne Progression für 3 Monate

• = mitversichert, – nicht versichert

Abschließende und detaillierte Leistungsbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen und dem Versicherungsschein.

**UNFALLSCHUTZ –
L, XL, XXL – FÜR JEDEN DIE PASSENDE ABSICHERUNG**

Die wichtigste Grundlage für eine Unfallversicherung ist die Gliedertaxe. Ihre Werte bestimmen, was tatsächlich geleistet wird. Wir bieten Ihnen drei Gliedertaxen – L, XL, XXL –, die Sie ganz flexibel nach Ihrem Bedarf mit der Produktvariante **Unfall Komfort** kombinieren können.



Verlust oder Funktionsunfähigkeit ...	L	XL	XXL
... des Auges	50 %	60 %	60 %
... des Gehörs	30 %	40 %	45 %
... der Stimme	50 %	100 %	100 %
... des Geruchssinnes	10 %	15 %	20 %
... des Geschmackssinnes	5 %	10 %	20 %
... des Armes	70 %	80 %	80 %
... des Armes bis oberhalb Ellenbogengelenk	65 %	75 %	80 %
... des Armes unterhalb Ellenbogengelenk	60 %	70 %	80 %
... der Hand	55 %	70 %	75 %
... des Daumens	20 %	28 %	30 %
... des Zeigefingers	10 %	18 %	20 %
... anderer Finger	5 %	12 %	12 %
... eines Lungenflügels	–	50 %	50 %
... einer Niere	20 %	25 %	25 %
... beider Nieren	100 %	100 %	100 %
... der Milz	10 %	10 %	10 %
... der Milz bei Kindern bis 14 Jahre	20 %	20 %	20 %
... der Gallenblase	–	10 %	10 %
... des Magens	–	20 %	20 %
... des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms	–	25 %	25 %
... des Beines über Mitte Oberschenkel	70 %	80 %	80 %
... des Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	70 %	75 %
... des Beines unterhalb des Knies	50 %	60 %	65 %
... des Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	55 %	60 %
... des Fußes	40 %	50 %	60 %
... des großen Zehs	5 %	10 %	15 %
... anderer Zehen	2 %	5 %	5 %

VERTRAGSINFORMATIONEN

PRODUKTÜBERSICHT

BEDINGUNGEN

MERKBLATT ZUR

DATENVERARBEITUNG

**VERBRAUCHERINFORMATION
UNFALL**

**VERBRAUCHERINFORMATION
UNFALL**

Ihre Vertragsunterlagen

Stand 05.2014

Inhaltsverzeichnis

Diese Verbraucherinformation beinhaltet Informationen und Bedingungswerke, die für die Unfallversicherung Vertragsgrundlage sein können.

Für Ihren Vertrag gelten jedoch nur die für die jeweils gewählte Produktausprägung gültigen und im Versicherungsschein ausdrücklich genannten Vertragsgrundlagen.

	Seite
<ul style="list-style-type: none"> • Kundeninformationsblatt Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Produktübersicht Unfallversicherung 	6
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung – Fassung April 2014 	7
<ul style="list-style-type: none"> • Zusatzbedingung für die Beitragsanpassung bei Wechsel in eine andere Altersgruppe 	15
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen den Basis-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung – Fassung April 2014 	16
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für den Komfort-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung – Fassung April 2014 	19
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % 	24
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %) 	25
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %) 	26
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500%) 	27
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000%) 	28
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 3) 	29
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die L-Gliedertaxe 	30
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die XL-Gliedertaxe 	31
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedingungen für die XXL-Gliedertaxe 	32
<ul style="list-style-type: none"> • Auszug aus dem Berufskatalog für die Unfallversicherung 	33

Im Folgenden erhalten Sie weitere Informationen zur vorgeschlagenen Versicherung. Bitte lesen Sie die untenstehenden Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung.

1. Informationen zum Versicherer

Versicherer und Risikoträger ist die

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG,
Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund
Vorstand: Dr. Joachim Maas (Vors.), Dietmar Bläsing, Axel-Rainer Hoffmann
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer Isringhaus
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 3134

Hauptgeschäftstätigkeit

Die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG betreibt folgende Versicherungsarten: Unfall-, Haftpflicht-, Kraftfahrt-, Sachversicherungen, Beistandsversicherung, sonstige Schadenversicherung.

Ihr Vertragspartner

Für den oben genannten Versicherer handelt namens und in Vollmacht als Assekurateur die

prokundo GmbH, Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund
Geschäftsführer: Dietmar Bläsing, Dr. Joachim Maas
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 8392

2. Informationen zur Leistung

Dem Vertrag liegen der Antrag sowie die beigefügten Versicherungsbedingungen, sofern Sie den entsprechenden Versicherungsschutz beantragen, zugrunde.

Beitrag und Beitragszahlung

Die Höhe des Gesamtbeitrags gemäß Ihrer gewünschten Zahlungsweise finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein. Im Beitrag ist die gesetzliche Versicherungssteuer enthalten.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Insbesondere weisen wir Sie darauf hin, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten können. Im Falle des Rücktritts erheben wir eine Geschäftsgebühr in Höhe von 20 % des Jahresbeitrags ohne Versicherungssteuer. Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn Sie die Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, können Sie den Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Fälligkeit des Beitrages können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Wir erheben je Mahnschreiben eine Kostenpauschale (Gebühr) in Höhe von 5,00 EUR.

Gültigkeitsdauer von Informationen

Wir weisen darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (Vorschlag, Produktinformationsblatt, Bedingungen) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

3. Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrags

Nach der elektronischen Übermittlung Ihres Antrags erhalten Sie den Versicherungsschein. Mit dessen Zugang bei Ihnen ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Auf eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden wären, verzichten wir.

Anzeigen und Willenserklärungen

Die prokundo GmbH handelt namens und in Vollmacht des Versicherers. Die prokundo GmbH ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazugehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei der prokundo GmbH eingegangen sind.

Die prokundo GmbH ist beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vertriebspartnern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die

prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 / 60014-490
Bei einem Widerruf per Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@prokundo.de

oder

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 / 54 33 – 490
Bei einem Widerruf per Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: vertragVBS@volkswohl-bund.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, die auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrags gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise:

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

Widerrufen Sie eine Vertragserklärung im Rahmen eines Ersatzvertrages, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Laufzeit des Vertrags

Angaben über die Laufzeit des vorgeschlagenen Versicherungsvertrags finden Sie in Ihrem Vorschlag, im Produktinformationsblatt oder im Versicherungsschein.

Vertragliche Kündigungsbedingungen

Sie haben die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag schriftlich zu kündigen. Die einzuhaltenden Fristen und sonstigen vertraglichen Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht und Sprache

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

4. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für Fragen steht Ihnen gerne der Vermittler dieses Vertrags zur Verfügung. Falls Sie einmal eine Beschwerde haben sollten, werden wir alles versuchen, Sie zufrieden zu stellen. Sollte wider Erwarten eine Einigung nicht möglich sein, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(Bereich Versicherungen), Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn; Postfach 1308, 53003 Bonn.**

Der Versicherer ist zudem Mitglied im **Versicherungsombudsmann e.V.**, Leipziger Str. 121, 10117 Berlin; Postfach 080632, 10006 Berlin (<http://www.versicherungsombudsmann.de>). Bei dem Ombudsmann können Sie für Streitigkeiten über Ansprüche aus Ihrem Vertrag eine Streit-schlichtung beantragen, nachdem Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen. Eine Beschwerde, bei der zugleich ein Verfahren vor Gericht oder eine Beschwerde bei der Bundes-anstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) anhängig ist, behandelt der Ombudsmann nicht. Nach Beendigung eines Verfahrens bei der BaFin kann das Ombudsmann Verfahren jedoch wieder aufgenommen werden. Selbstverständlich besteht für Sie auch die Möglichkeit, statt oder nach der Beendigung des Ombudsmann Verfahrens den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdaten-schutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.volkswohl-bund.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der

Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorüberge-hende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an:

prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 60014-151 bzw. per E-Mail unter info@prokundo.de erreichen.

oder

VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Vertrag VBS, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 5433-151 bzw. per E-Mail unter vertragvbs@volkswohl-bund.de erreichen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie ebenfalls bei der oben genannten Stelle geltend machen.

6. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen zur Vorversicherung und Vorschäden vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

HINWEISE ZUR VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Damit die prokundo GmbH/der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsprozess gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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 die prokundo GmbH/der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die prokundo GmbH/der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, 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, kann die prokundo GmbH/der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie der prokundo GmbH/der Versicherer nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die prokundo GmbH/der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn der prokundo GmbH/der Versicherer nachgewiesen wird, dass die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die prokundo GmbH/der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt der Versicherer 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. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der prokundo GmbH/dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Ist das Rücktrittsrecht der prokundo GmbH/des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht der prokundo GmbH/des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die prokundo GmbH/der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil die prokundo GmbH/der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der prokundo GmbH/des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die prokundo GmbH/der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht wird die prokundo GmbH/der Versicherer Sie in der Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Die prokundo GmbH/der Versicherer kann ihre/seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die prokundo GmbH/der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von der prokundo GmbH/dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung der Rechte müssen die prokundo GmbH/der Versicherer die Umstände angeben, auf die die prokundo GmbH/der Versicherer ihre/seine Erklärung stützen. Zur Begründung kann die prokundo GmbH/der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die prokundo GmbH/der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn die prokundo GmbH/der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte der prokundo GmbH/des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

PRODUKTÜBERSICHT UNFALLVERSICHERUNG

Leistungshighlights ^①	Basis	Komfort
Top Argumente		
10 Jahre Rentengarantie auch bei Tod der versicherten Person	•	•
Gliedertaxen inkl. innere Organe	•	•
Anrechnung eines Mitwirkungsanteils von Vorerkrankungen ab Beitragsbefreiung ab 50 % Invalidität	25 %	50 %
Unfälle durch Eigenbewegung	–	•
Zahnersatz aller Zähne bei kosmetischen Operationen	–	•
Verbesserte Leistung		
Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahre	•	•
Versehensklausel	•	•
Bedingungsverbesserungen gelten auch für den Bestand	•	•
Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit	•	•
Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit beim Lenken von Kfz bis	1,1 ‰	1,3 ‰
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente	–	•
Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall	–	•
Unfälle durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken, Ohnmachtsanfälle	–	•
Beitragsbefreiung bei Tod des VN für Kinder und Ehegatten/-gattin	–	•
Infektionen durch Zeckenbisse und zugehörige Schutzimpfungen	–	•
Krankenhaustagegeld (auch in gemischten Instituten) bis zu	3 Jahren	5 Jahren
Genesungsgeld bis zu	3 Jahren	3 Jahren
Medizinisch notwendige Umbaumaßnahmen bis	–	25.000 EUR
Marktübliche Leistung		
Kosmetische Operationen	•	•
Bergungskosten und Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen	•	•
Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser	•	•
Tauchtypische Gesundheitsschäden	•	•
Übernahme von Druckammerkosten bis 50.000 EUR	•	•
Psychische Erkrankungen durch Unfall	•	•
Psychologische Betreuung nach einem Unfall bis 1.000 EUR	•	•
Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe	•	•
Unfälle durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	•	•
Rooming-in-Leistung in der Kinderunfallversicherung	–	•
Auslandsunfälle: doppeltes Krankenhaustagegeld	–	•
Verdienstausfall bei Selbstständigen	–	1,5 ‰, max. 500 EUR
Unfallbedingte Prothesenreparaturen bis	–	2.500 EUR
Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder bis 14 Jahre	–	25.000 EUR Invalidität ohne Progression für 1 Jahr
Vorsorgeversicherung für Ehepartner nach Heirat	–	25.000 EUR Invalidität ohne Progression für 3 Monate

• = versichert

① Die hier angegebenen Leistungsbausteine stellen eine Übersicht des Versicherungsschutzes dar. Den jeweiligen genauen Deckungsumfang entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen (Allgemeine Bedingungen, Besondere Bedingungen, Zusatzbedingungen und Klauseln) in dieser Verbraucherinformation und dem Versicherungsschein.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) – Fassung April 2014

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1. Invaliditätsleistung
 - 2.2. Übergangsleistung
 - 2.3. Tagegeld
 - 2.4. Krankenhaustagegeld
 - 2.5. Genesungsgeld
 - 2.6. Todesfallleistung
 - 2.7. Kostenersatz für kosmetische Operationen
 - 2.8. Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
 - 2.9. Sofortleistungen bei Schwerverletzungen
 - 2.10. Bergungskosten
 - 2.11. Ausschluss der Summenanpassung (Dynamik)
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

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

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über 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 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

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

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

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

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

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

2.2 Übergangsleistung

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

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

2.4 Krankenhaustagegeld

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

2.5 Genesungsgeld

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden 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 100 Tage.

2.6 Todesfalleistung

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7 Kostenersatz für kosmetische Operationen

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die Körperoberfläche der versicherten Person wird durch den Unfall derart beschädigt oder verformt, dass das äußere Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und die versicherte Person entschließt sich aus diesem Grund, sich einer kosmetischen Operation zur Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen.

2.7.2 Dauer und Höhe der Leistung:

2.7.2.1 Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird diese Frist bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres verlängert.

2.7.2.2 Die Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme übernommen.

2.7.2.3 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.

2.7.2.4 Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen und ist der Kostenersatz für kosmetische Operationen ganz oder teilweise beitragsfrei versichert, kann der beitragsfrei mitversicherte Kostenersatz für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person tritt wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme von mindestens drei Wochen Dauer an. Anschluss-Heilbehandlungen gelten nicht als Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bedingungen.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitationsmaßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen und ein Unfall-Krankenhaustagegeld schließen sich für den selben stationären Behandlungsaufenthalt gegenseitig aus.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.2 Höhe der Leistung:

Die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen wird unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.9 Sofortleistungen bei Schwerverletzungen

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

2.9.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

2.9.1.2 Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,

2.9.1.3 Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion oder Hirnblutung),

2.9.1.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

oder

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens,
- Fraktur der Wirbelsäule,
- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

2.9.1.5 Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,

2.9.1.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2.9.2 Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.10 Bergungskosten

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Infolge des Unfalles des Versicherten entstehen Kosten für

2.10.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,

2.10.1.2 einen Transport in das dem Unfallort nächstgelegene Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet worden ist,

2.10.1.3 Mehraufwand, der dadurch entsteht, dass der Verletzte an seinen ständigen Wohnsitz zurückkehrt, soweit dieser Mehraufwand auf ärztliche Anordnung entsteht oder nach der Art der Verletzung unvermeidbar ist,

2.10.1.4 die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Falle des unfallbedingten Todes des Versicherten.

2.10.2 Höhe der Leistung:

2.10.2.1 Wir übernehmen in den Fällen der Ziffern 2.10.1.1 bis 2.10.1.4 die entstandenen notwendigen Kosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages.

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

2.10.2.3 Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.10.2.4 Hat der Versicherte für Kosten nach Ziffer 2.10.1.1 bis 2.10.1.4 einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, übernehmen wir diese Kosten ebenfalls bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages.

2.11 Ausschluss der Summenanpassung (Dynamik)

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Falls Leistungen nach den Ziffern 2.7 bis 2.10 in Ihrem Vertrag beitragsfrei mitversichert sind, nehmen diese an einer vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

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

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

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, deren körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft zu 100 Prozent beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung in die Pflegestufe III der gesetzlichen Pflegeversicherung.

- 4.2 Wird die versicherte Person während des Bestehens der Versicherung dauernd pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 4.1, erlischt der Versicherungsschutz. Die Versicherung endet zu diesem Zeitpunkt.
- 4.3 Falls mehrere Personen durch einen Vertrag versichert sind, bleibt die Versicherung bezüglich dieser Personen bestehen.
- 4.4 Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

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

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

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

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

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

- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlen-diagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 5.2.4 Infektionen.

- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut, Wundstarrkrampf und Wundinfektion sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

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

- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6. **Was müssen Sie**
 – bei vereinbartem Kinder-Tarif
 – bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 **Umstellung des Kinder-Tarifs**

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

6.1.1.1 Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

6.1.1.2 Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 **Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches auszugsweise in den Kundeninformationen zu Ihrem Vertrag enthalten ist.

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

6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese, sofern nicht etwas anderes vereinbart wird, nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Würden sich dagegen höhere Versicherungssummen errechnen, wird der Beitrag, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung, bei gleichbleibenden Summen entsprechend herabgesetzt, sofern nicht etwas anderes vereinbart wird. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit erhöhten Versicherungssummen – sofern diese unsere Höchstzeichnungssummen nicht überschreiten – weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

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

Der Leistungsfall

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

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

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

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

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

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

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist von 48 Stunden beginnt mit der Kenntnis des Versicherungsnehmers oder dessen Rechtsnachfolger.

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

7.6 Hat der Unfall eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) zur Folge besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nur, wenn die Invalidität

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden ist.

8. **Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

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

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

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

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

9. **Wann sind die Leistungen fällig?**

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- 9.1.1 Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- 9.1.2 beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
 – bei Invalidität bis zu 10 Promille der versicherten Summe,
 – bei Übergangsleistung bis zu 5 Prozent der versicherten Summe,
 – bei Tagegeld bis zu drei Tagegeldsätzen,
 – bei Krankenhausstagegeld bis zu fünf Krankenhausstagegeldsätzen.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

- 9.3 Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.
- Dieses Recht muss
- 9.4.1 von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- 9.4.2 von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit vier Prozent jährlich zu verzinsen.
- 9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht uns spätestens einen Monat oder Ihnen spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach der Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

- 10.5 Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Ablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

Die Zahlung kann je nach Vereinbarung auch in einem einzigen Beitrag erbracht werden. In diesem Fall entspricht die Versicherungsperiode der vereinbarten Vertragsdauer, höchstens jedoch ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt vereinbart ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

11.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

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

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Anzeigen über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

13.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

- 14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

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

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherungsnehmer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

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

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

- 15.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

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

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Zusatzbedingung für die Beitragsanpassung bei Wechsel in eine andere Altersgruppe – Fassung April 2014

Der von Ihnen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Tarif für die entsprechend definierte Altersgruppe. Vollendet die versicherte Person das für ihre Altersgruppe gültige Endalter, endet die Anwendung des Tarifes für diese Altersgruppe zum Ablauf des Versicherungsjahres. Es ist dann der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Personen ab einem Lebensalter der nächst höheren Altersgruppe ergibt.

Es gelten nachfolgende Altersgruppen:

1. Erwachsene von 18 bis 59 Jahre
2. Erwachsene von 60 bis 69 Jahre
3. Erwachsene von 70 bis 75 Jahre

Sie werden von uns über den veränderten Beitrag unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt des Nachtrags zugehen. Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen und kann an die prokundo GmbH gerichtet werden. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung in Kraft treten würde.

Auf das Kündigungsrecht werden wir Sie in dem Nachtrag noch einmal hinweisen.

Es ist auch möglich, die Versicherungssummen im Verhältnis zum neu erforderlichen Beitrag zu reduzieren, so dass Ihr Vertrag mit unverändertem Beitrag fortgeführt wird. Diese Summenreduzierung ist von Ihnen innerhalb eines Monats nach Erhalt des Nachtrags zu beantragen.

Über das vollendete 75. Lebensjahr hinaus kann der Vertrag nicht fortgeführt werden. Wir verweisen diesbezüglich auf die Regelungen in Ziffer 15 der Besonderen Bedingungen für den Basis-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung und der Besonderen Bedingungen für den Komfort-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung.

Besondere Bedingungen für den Basis-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung – Fassung April 2014

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern Basis-Versicherungsschutz ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

1. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?
2. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser?
3. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?
4. In welchem Umfang sind tauchtypische Erkrankungen eingeschlossen?
5. In welchem Umfang werden Druckkammerkosten übernommen?
6. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?
7. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?
8. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?
9. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?
10. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?
11. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?
12. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung nach einem Unfall übernommen?
13. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?
14. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?
15. Was gilt, wenn eine versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat?
16. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?
17. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?
18. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?
19. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?
20. Welche Meldefrist gilt bei Unfalldod?
21. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?
22. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?
23. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?
24. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?
25. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

1. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Alkohol bedingten Bewusstseinsstörungen beruhen; bei Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht übersteigt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.1.2 AUB – Ausführung oder Versuch der Ausführung von Straftaten – bleibt daneben bestehen.

2. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall-Tod gilt auch Ertrinken, Ersticken und Erfrieren einschließlich Tod durch Unterkühlung unter Wasser.

3. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.6 AUB sind solche psychischen Erkrankungen eingeschlossen, die auf einer durch einen Unfall entstandenen organischen Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems beruhen. Das gilt auch für eine durch einen Unfall neu entstandene Epilepsie.

4. In welchem Umfang sind tauchtypische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB fallen tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen unter den Versicherungsschutz.

5. In welchem Umfang werden Druckkammerkosten übernommen?

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II werden die hierfür entstehenden Therapiekosten, einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung, erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich missachtet wurden. Die Kosten für Druckkammerbehandlungen werden bis zu 50.000 EUR erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu 50.000 EUR erstattet.

6. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?

Ziffer 5.2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sofern es sich nicht um Insektenstiche oder -bisse gemäß Ziffer 5.2.4.1 AUB sowie Stiche oder Bisse von Spinnentieren handelt.

7. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?

Ziffer 5.2.5 Absatz 2 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

8. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 1.3 AUB wird der Begriff der Plötzlichkeit bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe auch dann angenommen, wenn der Versicherte den Einwirkungen unfreiwillig über mehrere Stunden ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben solche Gesundheitsschädigungen, die durch das normale berufliche Umgehen mit solchen Stoffen entstehen.

9. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maser- sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

10. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?

Ziffer 2.5.2 AUB wird wie folgt geändert:

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für drei Jahre, und zwar:

für den	1. bis 100. Tag	100 Prozent
für den	101. bis 365. Tag	50 Prozent
ab dem	366. Tag	25 Prozent

des vereinbarten Genesungsgeldes.

11. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?

Ziffer 2.4.2 AUB wird wie folgt geändert:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

12. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung nach einem Unfall übernommen?

Ist die versicherte Person direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt und benötigt sie zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe, übernehmen wir auf Ihren Wunsch die nachgewiesenen Kosten für eine erste psychologische Beratung durch einen Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Sollte weitere psychologische Unterstützung notwendig sein, übernehmen wir auch die nachgewiesenen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm durch den Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Die psychologische Unterstützung wird in den ersten drei Monaten nach dem Unfallereignis erbracht und ist auf insgesamt maximal 1.000 EUR begrenzt. Soweit für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder andere private Versicherungen) leistungspflichtig ist, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

13. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?

Falls die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

14. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

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

15. Was gilt, wenn eine versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat?

Vollendet eine über diesen Vertrag versicherte Person das 75. Lebensjahr, so endet der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag zur nächsten Hauptfälligkeit. Sofern noch weitere Personen über denselben Vertrag versichert sind, wird der Vertrag für diese fortgeführt.

16. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

Falls Sie als unser Versicherungsnehmer arbeitslos geworden sind, können Sie eine Außerkräftsetzung der Unfallversicherung beantragen. Die Arbeitslosigkeit muss uns durch geeignete Unterlagen (z. B. Kopie des Bescheides über Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe oder Sozialunterstützung) nachgewiesen werden.

Den Beginn der Außerkräftsetzung können Sie wählen, er kann jedoch nicht vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem Sie den Antrag auf Außerkräftsetzung bei uns stellen.

Die Unfallversicherung lebt wieder auf, sobald Sie dies bei uns beantragen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Beginn der Außerkräftsetzung. Dauert Ihre Arbeitslosigkeit dann noch an, können Sie eine Verlängerung der Außerkräftsetzung unter Vorlage von Nachweisen beantragen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich um die Zeit der Außerkräftsetzung.

17. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?

Sonnenbrände, Sonnenstiche und Erfrierungen, die als Folge eines Unfalles im Sinne der Ziffer 1.3 AUB auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

18. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

19. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?

In Ergänzung und teilweiser Abänderung von Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

20. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Wir werden uns auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheiten treffen können.

21. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

In Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB entfällt der Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld jedoch nicht, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

22. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?

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

23. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?

In Ergänzung zu Ziffer 5.1.4 AUB besteht dagegen Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür(noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen.

24. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?

24.1 Für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Heilpersonal (Krankenpfleger/innen und Krankenschwestern), Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine 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 ist.

Anhauchen und Anniesen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

24.2 Für Chemiker und Desinfektoren gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine 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 ist.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die, die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen.

Für Desinfektoren gilt zusätzlich:

Wird der Desinfektor, infolge seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, von derselben Krankheit ergriffen (nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet), so gilt dies als Unfall.

25. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

Eine Verminderung der Versicherungssumme nach Ziffer 6.2.2 Absatz 1 AUB unterbleibt, wenn die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich nicht angezeigt wurde. Die Prämienberechnung und -berichtigung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Änderung an.

Besondere Bedingungen für den Komfort-Versicherungsschutz in der prokundo Unfallversicherung – Fassung April 2014

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern Komfort-Versicherungsschutz ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei uns bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

1. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?
2. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?
3. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser?
4. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?
5. In welchem Umfang sind tauchtypische Erkrankungen eingeschlossen?
6. In welchem Umfang werden Druckkammerkosten übernommen?
7. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?
8. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?
9. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?
10. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?
11. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?
12. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung nach einem Unfall übernommen?
13. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?
14. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?
15. Was gilt, wenn eine versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat?
16. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei Krankenhausaufenthalt von Kindern eingeschlossen?
17. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?
18. In welchem Umfang werden Kosten für Umbaumaßnahmen übernommen?
19. Was gilt bei Krankenhausaufenthalt im Ausland?
20. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Zeckenbissinfektionen eingeschlossen?
21. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?
22. Was gilt bei Einschluss der Kosten für kosmetische Operationen?
23. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?
24. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?
25. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?
26. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad ab 50 Prozent des Versicherungsnehmers?
27. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?
28. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?
29. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?
30. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?
31. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?
32. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?
33. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

34. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?
35. In welchem Umfang werden Verdienstauffälle bei Selbstständigen übernommen?
36. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?
37. Was gilt bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen?
38. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?
39. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?
40. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?
41. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

1. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholgenusses eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Alkohol bedingten Bewusstseinsstörungen beruhen; bei Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,3 Promille nicht übersteigt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.1.2 AUB – Ausführung oder Versuch der Ausführung von Straftaten – bleibt daneben bestehen.

2. In welchem Umfang sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge fehlerhafter Medikamenteneinnahme eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle eingeschlossen, die auf Bewusstseinsstörungen infolge Falscheinahme von Medikamenten beruhen.

3. Was gilt bei Ertrinken, Ersticken und Erfrieren unter Wasser?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall-Tod gilt auch Ertrinken, Ersticken und Erfrieren einschließlich Tod durch Unterkühlung unter Wasser.

4. In welchem Umfang sind psychische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.6 AUB sind solche psychischen Erkrankungen eingeschlossen, die auf einer durch einen Unfall entstandenen organischen Schädigung des Gehirns oder des Nervensystems beruhen. Das gilt auch für eine durch einen Unfall neu entstandene Epilepsie.

5. In welchem Umfang sind tauchtypische Erkrankungen eingeschlossen?

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB fallen tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen unter den Versicherungsschutz.

6. In welchem Umfang werden Druckkammerkosten übernommen?

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich missachtet wurden. Die Kosten für Druckkammerbehandlungen werden bis zu 50.000 EUR erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu 50.000 EUR erstattet.

7. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse eingeschlossen?

Ziffer 5.2.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sofern es sich nicht um Insektenstiche oder -bisse gemäß Ziffer 5.2.4.1 AUB sowie Stiche oder Bisse von Spinnentieren handelt.

8. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Vergiftungen bei Kindern eingeschlossen?

Ziffer 5.2.5 Absatz 2 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

9. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Gase und Dämpfe eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 1.3 AUB wird der Begriff der Plötzlichkeit bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe auch dann angenommen, wenn der Versicherte den Einwirkungen unfreiwillig über mehrere Stunden ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben solche Gesundheitsschädigungen, die durch das normale berufliche Umgehen mit solchen Stoffen entstehen.

10. In welchem Umfang sind Unfälle durch Strahlen eingeschlossen?

In Abänderung von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

11. In welcher Höhe und für welche Dauer wird Genesungsgeld gezahlt?

Ziffer 2.5.2 AUB wird wie folgt geändert:

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für drei Jahre, und zwar:

für den	1. bis 100. Tag	100 Prozent
für den	101. bis 365. Tag	50 Prozent
ab dem	366. Tag	25 Prozent

des vereinbarten Genesungsgeldes.

12. In welchem Umfang werden Kosten für eine psychologische Unterstützung nach einem Unfall übernommen?

Ist die versicherte Person direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt und benötigt sie zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe, übernehmen wir auf Ihren Wunsch die nachgewiesenen Kosten für eine erste psychologische Beratung durch einen Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Sollte weitere psychologische Unterstützung notwendig sein, übernehmen wir auch die nachgewiesenen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm durch den Notfallpsychologen Ihres Vertrauens. Die psychologische Unterstützung wird in den ersten drei Monaten nach dem Unfallereignis erbracht und ist auf insgesamt maximal 1.000 EUR begrenzt. Soweit für diese Leistung ein anderer Kostenträger (Sozialversicherungsträger oder andere private Versicherungen) leistungspflichtig ist, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor.

13. Was gilt bei Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)?

Falls die dem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert werden, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

14. Was gilt bei versehentlicher Nicht-Erfüllung vertraglicher Obliegenheiten?

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

15. Was gilt, wenn eine versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat?

Vollendet eine über diesen Vertrag versicherte Person das 75. Lebensjahr, so endet der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag zur nächsten Hauptfälligkeit. Sofern noch weitere Personen über denselben Vertrag versichert sind, wird der Vertrag für diese fortgeführt.

16. In welchem Umfang sind Rooming-in-Leistungen bei Krankenhausaufenthalt von Kindern eingeschlossen?

Falls durch diesen Vertrag Kinder mitversichert sind, für die Sie ein Unfall-Krankenhaustagegeld eingeschlossen haben, wird Ziffer 2.4 AUB wie folgt ergänzt:

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein Betrag in Höhe des für das Kind vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldsatzes gezahlt, sofern das Kind bei Beginn des Krankenhausaufenthaltes das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

17. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers?

Ziffer 11.6 AUB wird wie folgt ergänzt:

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin oder Lebensgefährte/Lebensgefährtin über diesen Vertrag versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diese(n). Diese Beitragsbefreiung endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

Verstirbt der Versicherungsnehmer nach einer rechtmäßig ausgesprochenen Kündigung, aber vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung, bleiben die Regelungen zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers von dieser Kündigung unberührt.

18. In welchem Umfang werden Kosten für Umbaumaßnahmen übernommen?

Ziffer 2.1.2 AUB wird wie folgt ergänzt:

Falls in Folge einer Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1.2.2 AUB aus medizinischen Gründen Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder an dem der versicherten Person gehörenden und von ihr gefahrenen PKW erforderlich werden, übernehmen wir die innerhalb der ersten drei Jahre ab dem Unfalltag angefallenen und belegten Kosten hierfür bis zur Höhe von 10 Prozent der versicherten Invaliditätssumme ohne Berücksichtigung etwa vereinbarter progressiver Staffeln oder Mehrleistungen, höchstens bis 25.000 EUR, oder, wenn keine Invaliditätssumme sondern eine Unfall-Rente versichert wurde, bis zum 10fachen der vereinbarten Monatsrente. Bei gleichzeitiger Versicherung einer Invaliditätssumme und einer Rente wird die Leistung nur einmal gezahlt, und zwar ausschließlich nach der Höhe der Invaliditätssumme. Die medizinische Notwendigkeit der Umbaumaßnahmen muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

19. Was gilt bei Krankenhausaufenthalt im Ausland?

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldsatzes. Das Genesungsgeld wird in der Höhe des einfachen Satzes gezahlt.

20. In welchem Umfang sind Gesundheitsschäden durch Zeckenbissinfektionen eingeschlossen?

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.3 und 5.2.4 AUB fallen auch solche Gesundheitsschädigungen unter den Versicherungsschutz, die sich als Folge einer durch Zeckenbiss übertragenen Infektion (FSME, Borreliose) ergeben, sowie auch Gesundheitsschädigungen als Folge einer Schutzimpfung gegen FSME Zeckeninfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf. Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir für FSME und Borreliose nur aus den vereinbarten Versicherungssummen für Invalidität (Ziffer 2.1 AUB) oder Tod (Ziffer 2.6 AUB).

Als Versicherungsfall gilt die erstmalig gestellte ärztliche Diagnose über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

21. In welchem Umfang sind Unfälle infolge Herzinfarkt und Schlaganfall eingeschlossen?

In Ergänzung von Ziffer 1.3 und Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB gilt Folgendes:

Als Unfall im Sinne der AUB gilt es auch, wenn das Unfallereignis, das eine Gesundheitsschädigung nach sich zieht, durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde. Unsere Leistung wird in diesem Fall nicht um den Anteil der Mitwirkung der Erkrankung gekürzt. Die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

22. Was gilt bei Einschluss der Kosten für kosmetische Operationen?

Falls Sie mit uns Kostenersatz für kosmetische Operationen vereinbart haben, gilt:

Ziffer 2.7 AUB wird wie folgt erweitert:

Bei Verlust oder Beschädigung von Zähnen des Versicherten durch einen Unfall übernehmen wir für einen dadurch erforderlichen Zahnersatz im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die von Ihnen zu tragenden Zahnersatz- und Zahnlaborkosten.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

23. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sind Ehepartner, Neugeborene und Adoptivkinder beitragsfrei mitversichert?

Wenn Sie während der Versicherungsdauer heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat mit 25.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln beitragsfrei mitversichert.

Wenn Sie Ihren Ehepartner innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern oder Ihr Ehepartner selbst eine Versicherung bei uns abschließt, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für Ihre Kinder, die während der Versicherungsdauer geboren werden, besteht ab Beendigung der Geburt für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 25.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das Neugeborene innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Für von Ihnen während der Vertragslaufzeit adoptierte Kinder im Alter von unter 14 Jahren besteht ab Rechtswirksamkeit der Adoption für die Dauer eines Jahres beitragsfrei Versicherungsschutz in Höhe von 25.000 EUR für Unfall-Invalidität ohne progressive Invaliditätsstaffeln.

Wenn Sie das adoptierte Kind innerhalb dieses Zeitraums selbst versichern, so gilt die oben genannte Versicherungssumme zusätzlich.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass Sie selbst über diesen Vertrag versichert sind.

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

Ziffer 2.1.2 AUB wird wie folgt ergänzt:

Falls in Folge eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1.3 AUB Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch gegen uns geltend machen, wenn Sie Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abtreten.

25. Für welche Dauer besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld?

Ziffer 2.4.2 AUB wird wie folgt geändert:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

26. Was gilt für die Beitragsbefreiung bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad ab 50 Prozent des Versicherungsnehmers?

Wenn Sie über diesen Vertrag versichert sind und während der Vertragslaufzeit

- einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall gemäß Ziffer 1.3. AUB erleiden und
- auf Grund dieses Unfalles einen Anspruch auf Invaliditätsleistung aus diesem Vertrag infolge eines festgestellten Invaliditätsgrades von mindestens 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB haben,

gilt Folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt,

- für Ihre Kinder bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet,
- für Sie und Ihren mitversicherten Ehegatten/Ihre mitversicherte Ehegattin oder Lebensgefährten/ Lebensgefährtin bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das jüngste mitversicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Diese Regelungen gelten auch, wenn der Vertrag rechtsgültig gekündigt wurde, die im Absatz 1 beschriebenen Voraussetzungen jedoch vor dem Wirksamkeitstermin dieser Kündigung eintreten.

27. Was gilt für Unfälle durch Eigenbewegung?

Ziffer 1.4 AUB wird wie folgt ergänzt:

Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte

- Bauch- oder Unterleibsbrüche,
- Verrenkungen von Gelenken,
- Zerrungen und Zerreibungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

28. Was gilt bei Arbeitslosigkeit?

Falls Sie als unser Versicherungsnehmer arbeitslos geworden sind, können Sie eine Außerkräftsetzung der Unfallversicherung beantragen. Die Arbeitslosigkeit muss uns durch geeignete Unterlagen (z. B. Kopie des Bescheides über Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe oder Sozialunterstützung) nachgewiesen werden.

Den Beginn der Außerkräftsetzung können Sie wählen, er kann jedoch nicht vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem Sie den Antrag auf Außerkräftsetzung bei uns stellen.

Die Unfallversicherung lebt wieder auf, sobald Sie dies bei uns beantragen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Beginn der Außerkräftsetzung. Dauert Ihre Arbeitslosigkeit dann noch an, können Sie eine Verlängerung der Außerkräftsetzung unter Vorlage von Nachweisen beantragen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich um die Zeit der Außerkräftsetzung.

29. Was gilt bei Sonnenbränden, Sonnenstichen und Erfrierungen nach einem Unfall?

Sonnenbrände, Sonnenstiche und Erfrierungen, die als Folge eines Unfalles im Sinne der Ziffer 1.3 AUB auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

30. Was gilt für Unfälle durch Terroranschläge?

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

31. Welche Meldefrist gilt für geringfügig erscheinende Verletzungen?

In Ergänzung und teilweiser Abänderung von Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

32. Welche Meldefrist gilt bei Unfalltod?

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben. Die Frist wird von 48 Stunden auf 7 Tage verlängert. Wir werden uns auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheiten treffen können.

33. Wann wird Unfall-Krankenhaustagegeld auch bei Heilbehandlungen in gemischten Institutionen gezahlt?

In Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB entfällt der Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld jedoch nicht, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- es sich um eine Notfallweisung handelt;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

34. Für welche Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen besteht Versicherungsschutz?

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

Fahrten mit (Go-)Karts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorkartbahnen zur Verfügung gestellt werden, gelten als mitversichert, falls die Fahrten

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

35. In welchem Umfang werden Verdienstaussfälle bei Selbstständigen übernommen?

In Ergänzung zu Ziffer 7.3 AUB in Verbindung mit Ziffer 9.1.2 AUB gilt für Selbstständige:

Werden Ärzte von uns beauftragt, übernehmen wir die notwendigen Kosten in der unter Ziffer 9.1.2 genannten Höhe. Verdienstaussfälle übernehmen wir für Selbstständige bis zu 1,5 Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 500 EUR.

36. Was gilt bei Unfällen durch Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder Ohnmachtsanfällen?

In teilweiser Abänderung und Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB wird der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge Übermüdung, Schlafwandeln, Erschrecken oder ein Ohnmachtsanfall nicht als Bewusstseinsstörung angesehen.

37. Was gilt bei Mitwirkung von Vorerkrankungen an den Unfallfolgen?

In Abänderung von Ziffer 3 AUB sowie Ziffer 1, Absatz 2, Satz 3 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent, erfolgt eine Minderung bzw. ein Abzug erst ab einem Mitwirkungsanteil von 50 Prozent, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist.

38. Was gilt für Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten?

In Ergänzung zu Ziffer 5.1.4 AUB besteht dagegen Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen. Versicherungsschutz besteht ferner beim Kitesurfen.

39. Was gilt bei Unfällen mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern?

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

40. Für welche Berufsgruppen im Heilwesen gilt ein erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen?

40.1 Für Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen, Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde, Heilpersonal (Krankenpfleger/innen und Krankenschwestern), Tierärzte und Studierende der Tierheilkunde gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine 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 ist.

Anhauchen und Anniesen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

40.2 Für Chemiker und Desinfektoren gilt:

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.4 AUB gilt als Unfall auch eine in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine 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 ist.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die, die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen.

Für Desinfektoren gilt zusätzlich:

Wird der Desinfektor, infolge seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, von derselben Krankheit ergriffen (nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet), so gilt dies als Unfall.

41. Was gilt bei versehentlich unterbliebener Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?

Eine Verminderung der Versicherungssumme nach Ziffer 6.2.2 Absatz 1 AUB unterbleibt, wenn die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich nicht angezeigt wurde. Die Prämienberechnung und -berichtigung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Änderung an.

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

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die Unfall-Rente ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50 Prozent, zahlen wir unabhängig vom Lebensalter des Versicherten die im Versicherungsschein festgelegte Unfall-Rente.

Dieser Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 AUB; er kann auf Ihren oder unseren Antrag jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen 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 von 50 Prozent wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Die für eine zusätzliche Invaliditätsleistung eventuell vereinbarten progressiven Invaliditätsstaffeln, besonderen Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, bleiben für die Unfall-Rente unberücksichtigt.

2. Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - 2.1 der Versicherte stirbt, oder
 - 2.2 der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 1. Satz 2 oder 3 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.
 - 2.3 Stirbt der Versicherte vor Ablauf von 10 Jahren ab dem Monat des Unfalleintritts, unabhängig von der Todesursache, so wird die Unfall-Rente bis zum Ende des 10. Jahres nach dem Unfalleintritt gezahlt.
3. Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag auf Unfall-Rente, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des Unfalles, sofern nicht zusätzlich eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung mitversichert ist.

Ist neben der Unfall-Renten-Leistung auch eine Unfall-Invaliditätsleistung als Kapitalleistung für den Verletzten versichert, bleibt die Versicherung insoweit bestehen, als sie sich auf diese Unfall-Invaliditätsleistung und etwa mitversicherte Zusatzleistungen für den Verletzten bezieht. Es erlischt lediglich die Versicherung der Unfall-Rente mit dem Tag des Unfalles.

Die Leistungen aus der Unfall-Renten-Versicherung werden für jeden Versicherten nur einmal gewährt.

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 350 %

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

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 350 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- für 1 bis 25 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit drei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit fünf multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (350 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der drei- oder fünffachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

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

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 500 %

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

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 500 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- für 1 bis 25 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit drei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit sechs multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätsleistung mit zehn multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a), b) und c) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (500 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der drei-, sechs- oder zehnfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

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

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 20/500 %

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500 %)

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 20/500 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- a) für 1 bis 20 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- b) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit zwei multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) zuzüglich 20 Prozentpunkten der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme hinzugerechnet,
- c) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit sechs multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet,
- d) jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätsleistung mit zehn multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a), b) und c) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (20/500 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (20/500 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der zwei-, sechs- oder zehnfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
21	42	41	82	61	166	81	310
22	44	42	84	62	172	82	320
23	46	43	86	63	178	83	330
24	48	44	88	64	184	84	340
25	50	45	90	65	190	85	350
26	52	46	92	66	196	86	360
27	54	47	94	67	202	87	370
28	56	48	96	68	208	88	380
29	58	49	98	69	214	89	390
30	60	50	100	70	220	90	400
31	62	51	106	71	226	91	410
32	64	52	112	72	232	92	420
33	66	53	118	73	238	93	430
34	68	54	124	74	244	94	440
35	70	55	130	75	250	95	450
36	72	56	136	76	260	96	460
37	74	57	142	77	270	97	470
38	76	58	148	78	280	98	480
39	78	59	154	79	290	99	490
40	80	60	160	80	300	100	500

BESONDERE BEDINGUNGEN PROGRESSION 1000 %

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 %)

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die progressive Invaliditätsstaffel 1000 % ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, der Invaliditätsgrad entsprechend diesem Mitwirkungsanteil gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus errechnet sich die Invaliditätsleistung wie folgt:

- für 1 bis 25 Prozentpunkte des unfallbedingten Invaliditätsgrades berechnet der Versicherer die Invaliditätsleistung aus der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit fünf multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) hinzugerechnet,
- jeder Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, wird vom Versicherer bei der Berechnung der Invaliditätssumme mit siebzehn multipliziert und der Invaliditätssumme gemäß a) und b) hinzugerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die progressive Invaliditätsstaffel (1000 %)

Nach den „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 %)“ wird die Leistung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der fünf- oder siebzehnfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der gemäß Ziffer 2.1.2.1 AUB in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsleistung:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	30	45	125	64	388	83	711
27	35	46	130	65	405	84	728
28	40	47	135	66	422	85	745
29	45	48	140	67	439	86	762
30	50	49	145	68	456	87	779
31	55	50	150	69	473	88	796
32	60	51	167	70	490	89	813
33	65	52	184	71	507	90	830
34	70	53	201	72	524	91	847
35	75	54	218	73	541	92	864
36	80	55	235	74	558	93	881
37	85	56	252	75	575	94	898
38	90	57	269	76	592	95	915
39	95	58	286	77	609	96	932
40	100	59	303	78	626	97	949
41	105	60	320	79	643	98	966
42	110	61	337	80	660	99	983
43	115	62	354	81	677	100	1000
44	120	63	371	82	694		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 3)

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

1. Die Versicherungssummen werden um jeweils 5 Prozent erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall und Übergangsleistung auf volle 500 EUR, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld und Unfall-Rente auf volle EUR aufgerundet.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer wird auf den Fristablauf hingewiesen. Der Widerruf kann in Textform an die prokundo GmbH gerichtet werden.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.
6. Die Versicherungssummen für Bergungskosten, Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen und beitragsfrei versicherte Leistungen für den Kostenersatz von kosmetischen Operationen nehmen an den Erhöhungen nicht teil.
7. Die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag erlischt auch ohne Widerruf des Versicherungsnehmers oder des Versicherers, wenn bei der nächsten planmäßigen Erhöhung eine der nachfolgenden Versicherungssummen überschritten würden:

1.500.000 EUR für Unfall-Invalidität
(Höchstleistung bei Vollinvalidität)
500.000 EUR für Unfall-Tod
50.000 EUR für Übergangsleistung,
200 EUR für Krankenhaustagegeld
200 EUR für Genesungsgeld
3.000 EUR für Unfall-Rente
200 EUR für Tagegeld

BESONDERE BEDINGUNGEN L-GLIEDERTAXE

Besondere Bedingungen für die L-Gliedertaxe – Fassung April 2014

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die L-Gliedertaxe ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über 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 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Niere	20 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %

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

BESONDERE BEDINGUNGEN XL-GLIEDERTAXE

Besondere Bedingungen für die XL-Gliedertaxe – Fassung April 2014

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die XL-Gliedertaxe ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	28 %
Zeigefinger	18 %
anderer Finger	12 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
wenn die Sehkraft auf dem anderen Auge bereits verloren war	100 %
Stimme	100 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
wenn das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war	80 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Niere	25 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %
Lungenflügel	50 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %

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

BESONDERE BEDINGUNGEN XXL-GLIEDERTAXE

Besondere Bedingungen für die XXL-Gliedertaxe – Fassung April 2014

Diese Besonderen Bedingungen gelten für Ihren Vertrag zusätzlich zu den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)“, nur sofern die XXL-Gliedertaxe ausdrücklich von Ihnen beantragt und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausgewiesen wurde.

Ziffer 2.1.2.2.1 AUB wird gestrichen und durch folgende Fassung ersetzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Sinnes- oder inneren Organe gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	12 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	60 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
wenn die Sehkraft auf dem anderen Auge bereits verloren war	100 %
Stimme	100 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
wenn das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war	80 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Niere	25 %
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz, bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %
Lungenflügel	50 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %

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

Auszug aus dem Berufskatalog für die Unfallversicherung

(den gesamten Berufskatalog mit allen Berufen des statistischen Bundesamtes können Sie auf Wunsch bei der prokundo GmbH anfordern)

Versicherbare Personen/Einteilung der Gefahrengruppen

Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, deren körperliche und / oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft zu 100 % beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung in die Pflegestufe III der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Ferner können auch Personen, die beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt oder die Schwefelsäure, hochexplosive, hochgiftige Stoffe aller Art transportieren oder sonst beruflich damit umgehen, nicht in die Unfallversicherung aufgenommen werden.

Dazu zählen zum Beispiel auch:

Akrobaten, Artisten	Minendemonteur
Berufstaucher/in	Pferdetrainer/in, Bereiter/in
Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler/in	Pyrotechniker/in
Callboys, Callgirls	Rennfahrer/in
Clowns	Rockmusiker/in, Rocksänger/in
Dresseure	Sprengpersonal (einschl. Munitionssuche u. -räumung)
Dompteure	Sprengstofffabrikarbeiter/in
Entfesselungskünstler/in	Stuntmen, Stuntwomen
Feuerungs- und Schornsteinbauer/in	Tankwagenfahrer/in
Feuerwerksindustriearbeiter/in	Tänzer/in
Geldtransportfahrer/in	Unterwasserfotograf/in
Gerüstbauerberufe	Versuchsfahrer/in, Testfahrer/in, Testpiloten
Höhlenführer/in	Wildtierzüchter/in, Wildtierpfleger/in
Hochseilkünstler/in	Zauberkünstler/in
Kaminbauer, -sanierer, -techniker	Zootierpfleger/in, Zootierwärter/in
Munitionshelfer/in	

Die Prüfung des subjektiven Risikos behalten wir uns jedoch generell im Einzelfall vor.

Welche Personen sind versicherbar?

Aufnahmefähig sind gesunde Personen nach Vollendung der Geburt. Das Höchstaufnahmearter ist abhängig von dem gewählten Tarif. Es gelten die Bestimmungen in den Tarifinformationen für die jeweiligen Tarife.

Wonach berechnet sich der Beitrag?

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich vom Alter und von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches Sie auszugsweise nachfolgend vorfinden:

Berufs- und Gefahrengruppen

Berufsgruppen A+ und A

Die Einstufung in diese Berufsgruppen erfolgt für Frauen und Männer mit kaufmännischer, verwaltender oder ausschließlich Aufsicht führender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst.

Berufsgruppe B+ und B

Die Einstufung in diese Berufsgruppe erfolgt für Frauen und Männer mit körperlicher, praktischer, handwerklicher oder besonders Gefahren geneigter Berufstätigkeit.

Gefahrengruppe K

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder ab vollendeter Geburt bis 17 Jahre.

Gefahrengruppe S

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen und Männer von 60 – 74 Jahre.

Berufsgruppe A+

Zur Berufsgruppe A+ gehören Berufe der folgenden Berufsgruppen (Oberbegriffe):

Bekleidungsschneider/in; Ernährungswissenschaftler; Erziehungsberufe (ausgenommen Lehrer); Finanzdienstleister (Bank- und Versicherungskaufleute); Friseure und Kosmetiker; Hotelkaufleute und -angestellte; Sozial- und Pflegeberufe einschl. Krankenschwester, Krankenpfleger, Arzthelfer; Wirtschaftsingenieure und -wissenschaftler.

Berufsgruppe A – hierzu gehören u.a. die folgenden Berufe:

Analyst/in	Logistikfachleute
Ärzte (nicht Tierärzte/Veterinäre)	Lebensmittelverkäufer/in
Apotheker/in	Möbelspediteure
Consultler/in	Notare
Controller/in	Organisator/in
Datenverarbeitungsfachleute	Postzusteller/in
Designer (Foto, Grafik, Mode, Textil)	Regeltechniker/in
Fahrlehrer/in	Reiseleiter/in
Fotograf/in	Schüler
Gebrauchtwagenhändler/in	Tontechniker/in
Geologen	Verkäufer/in
Handelsvertreter/in	Veranstaltungsmanager/in
Informatiker/in	Veterinäre, Tierärzte
Innenarchitekt/in	Umwelttechniker/in
Journalist/in	Wirtschaftsprüfer/in
Jurist/in	Zeitungszusteller/in

Berufsgruppe B+ - hierzu gehören u. a. die folgenden Berufe:

Auslieferungsfahrer/in	Kfz-Handwerker, in
Lastkraftwagenfahrer/in / -führer/in	Klempner/in
Antennenmonteur/in / -bauer/in	Laborant/in
Bäcker/in	Leichenbestatter/in
Chemiker/in	Maler/in / Lackierer/in
CNC-Facharbeiter/in	Maschinenführer/in
Computer-Techniker/in	Mechaniker/in
Dekorateur/in	Metallverarbeiter/in
Elektriker/in	Montagearbeiter/in
Elektroniker/in	Omnibusfahrer/in
Entsorger/in	Orthopädienschuhmacher/in / Schuster/in
Fassadenreiniger/in	Optiker/in
Feinmechaniker/in	Polizist/in
Gartenbauer/in / -pfleger/in	Produktionshelfer/in
Hausmeister/in	Radio- und Fernsehtechniker/in (ohne Antennenmontage)
Holzkonstruktionsbauer/in	Rangiermeister/in
Installateure	Schienenfahrzeugführer/in
Kaufhausdetektiv/in	Wachdienst / -schutz

Übt die zu versichernde Person Tätigkeiten der Berufsgruppe A / A+ und der Berufsgruppe B+ aus, so ist der Beitrag nach Berufsgruppe B+ zu berechnen. Diese Regelung gilt auch, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Berufsgruppe A ausgeführt werden.

Bei **ausschließlich** Aufsicht führender Tätigkeit kann der Beitrag nach Berufsgruppe A berechnet werden.

Berufsgruppe B

Die Einstufung in die Berufsgruppe B erfolgt für Frauen und Männer der folgenden Berufsgruppen:

Hoch-, Tief- und Ausbauberufe, Dachdecker, Zimmerer.

Übt die zu versichernde Person Tätigkeiten der Berufsgruppe A / A+ / B+ und der Berufsgruppe B aus, so ist der Beitrag nach Berufsgruppe B zu berechnen. Diese Regelung gilt auch, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Berufsgruppe A ausgeführt werden.

Bei **ausschließlich** Aufsicht führender Tätigkeit kann der Beitrag nach Berufsgruppe B+ berechnet werden.

Für die Angaben der beruflichen Tätigkeit beachten Sie bitte Folgendes:

1. Die **genaue** Berufsbezeichnung ist anzugeben.
2. Der **ausgeübte**, nicht der erlernte Beruf ist maßgebend.
3. Nicht „**Arbeiter**“, sondern „**Bauhelfer**“; nicht „**technischer Angestellter**“, sondern „**Laborant**“.
4. Bei Angehörigen der Bundeswehr muss die Waffengattung angegeben werden (z. B. Panzergrenadier oder Pionier).