

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Was ist versichert? 2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? 3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen? 4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 5. Was müssen Sie bei vereinbartem Tarif für Kinder und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? 6. Welche Obliegenheiten müssen Sie nach einem Unfall beachten? 7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 8. Wann sind die Leistungen fällig? | <ol style="list-style-type: none"> 9. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 10. Wie und unter welchen Voraussetzungen können die Beiträge angepasst werden? 11. Anpassung von Leistung und Beitrag in der Unfallversicherung (Dynamik) 12. Vereinbarung altersabhängiger Beitragserhöhungen 13. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen 14. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? |
|---|--|

Diese Versicherungsbedingungen gelten ergänzend zu den Versicherungsbedingungen für den SV PrivatSchutz - Allgemeiner Teil (SVPS-AT).

Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Unsere Leistungen werden nach Unfällen im privaten und im beruflichen Umfeld erbracht.

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt und rund um die Uhr.

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/gelten auch:

Wenn bei der versicherten Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Dies gilt auch für Meniskusrisse und Leistenbrüche.

Ausgeschlossen bleiben weitere Bauch- oder Unterleibsbrüche und deren Folgen, es sei denn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 ist die überwiegende Ursache.

Ausgeschlossen bleiben darüber hinaus Schäden an Bandscheiben und deren Folgen sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen und deren Folgen, es sei denn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 ist die überwiegende Ursache.

1.4.1 Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums (bis zu einige Stunden) ausgesetzt war;

1.4.2 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet;

1.4.3 tauchtypische Krankheiten, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen;

1.4.4 Ertrinken und Erstickten;

1.4.5 unentrinnbare Erfrierungen

Versicherungsschutz besteht insbesondere für Erfrierungen, die sich die versicherte Person in unentrinnbaren Gefahrensituationen zuzieht;

1.4.6 Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln und Sauerstoff
 Versicherungsschutz besteht unabhängig davon, ob eine Notsituation vorliegt oder zuvor ein Unfallereignis eingetreten ist. Unter einem Entzug ist die aktive Vorenthaltung einer Substanz zu verstehen.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb von 24 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 Wir zahlen die Invaliditätsleistung als Kapitalbetrag.

2.1.2.1.1 Mehrleistung, wenn beim Unfall ein Helm getragen wurde
 Die Invaliditätsleistung aufgrund Verletzungen erhöht sich um 10 %, wenn bei einem Unfall ein geeigneter Helm getragen wurde.

2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden

- die Versicherungssumme,
- der Grad der unfallbedingten Invalidität,
- der vereinbarte Grad der unfallbedingten Invalidität, ab dem erstmals eine Leistung fällig wird,
- falls vereinbart die Progression.

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 der Gliedertaxe:

	Gliedertaxe
Arm	70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Finger	
- Daumen	20 %
- Zeigefinger	10 %
- anderer Finger	5 %
Bein	
- über der Mitte des Oberschenkels	70 %
- bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
- bis unterhalb des Knies	50 %
- bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
Zehe	
- großer Zeh	5 %
- andere Zehe	2 %
Auge	
- ein Auge	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 und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist.

Diese Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

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 (Gliedertaxe) und Ziffer 2.1.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen

ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben. Sind die Leistungsvoraussetzungen nach Ziffer 2.1 bis Ziffer 2.4 der AVB Existenzschutz für eine Existenzschutz-Rente und Ziffer 2.2 der SVPS-UN für die Unfall-Rente durch das gleiche Unfallereignis erfüllt, wird die monatliche Rente in der vereinbarten Höhe nur einmal gezahlt.

2.2.1.1 Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens die vereinbarte Höhe, die eine Unfall-Renten-Leistung auslöst. Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.3 und Ziffer 3 ermittelt.

2.2.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir unter Berücksichtigung von Ziffer 8.3

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

2.2.3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter die vereinbarte Höhe gesunken ist.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Wir zahlen das Tagegeld ab dem vereinbarten Tag nach Eintritt der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet.

2.3.3 Nachbehandlungsfrist

In Erweiterung von Ziffer 2.3.2 zahlen wir das vereinbarte Tagegeld auch nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war. Die vereinbarte Höchstdauer von insgesamt einem Jahr bleibt davon unberührt.

2.4 Erweitertes Unfall-Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger, vollstationärer Krankenhausheilbehandlung.

Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gelten nicht als Krankenhausheilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4.2.1 Abweichend zu Ziffer 2.4.1 und Ziffer 2.4.2 zahlen wir bei ambulanten chirurgischen Operationen an Stelle von vollstationären Krankenhausaufenthalten das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für drei Kalendertage.

2.4.2.2 Nach Entlassung der versicherten Person aus der vollstationären Krankenhausheilbehandlung zahlen wir für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, ein Genesungsgeld in Höhe des Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für 100 Tage.

2.4.2.3 Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein unterbrochener Krankenhausaufenthalt.

2.4.3 Nachbehandlungsfrist

In Abänderung von Ziffer 2.4.2 wird Krankenhaustagegeld auch über das dritte Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war oder der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von eingebrachten Osteosynthese-Materialien dient. Die vereinbarte Höchstdauer von zusammengerechnet drei Jahren Leistung bleibt davon unberührt.

2.5 Rehabilitationsleistungen

Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige, stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger durchgeführt.

Krankenhausheilbehandlungen gelten nicht als Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Art und Höhe der Leistung:

Wir zahlen die Rehabilitationsleistung als Kapitalbetrag einmal je Unfall in Höhe von 2.500 EUR.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur einmal.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.3 Todesfalleistung bei Verschollenheit

Der Unfalltod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt ist.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.7 Bergungskosten

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten und ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht für die Kosten.

2.7.2 Art der Leistung

Wir ersetzen

- die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach konkreten Umständen zu vermuten war;
- die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- die zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person;
- die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland;

- die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland;
- in Ergänzung zu Ziffer 1.4.3 die Kosten für einen notwendigen Aufenthalt in einer Dekompressionskammer, sofern dies nach einem Tauchgang notwendig wird.

Wir ersetzen Kosten nur, soweit kein Anspruch gegenüber Dritten (z. B. Kranken- oder Haftpflichtversicherer) besteht oder der Dritte seine Leistungspflicht bestreitet.

2.7.3 Höhe der Leistung

Wir zahlen bis zur Höhe von 25.000 EUR.

2.7.3.1 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur einmal.

2.8 Kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Wir ersetzen Kosten nur, soweit kein Anspruch gegenüber Dritten (z. B. Kranken-, Haftpflichtversicherer; bei Arbeitsunfällen: Sozialversicherer) besteht, ein Schädiger selbst nicht in Anspruch genommen werden kann oder der Dritte seine Leistungspflicht bestreitet.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zu 10.000 EUR Ersatz für nachgewiesene

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

2.9 Beitragsfreie Familien-Vorsorge

Wir leisten beitragsfrei für hinzukommende Familienangehörige.

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Sie heiraten, gehen eine eingetragene Lebenspartnerschaft ein oder Sie bekommen leibliche Kinder.

2.9.2 Art und Höhe der Leistungen

- Der hinzukommende Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner ist ab dem Tag der Heirat bzw. dem Tag der Eintragung,
- die hinzukommenden leiblichen Kinder sind ab dem Tag der Geburt für drei Monate mit den Versicherungssummen von
 - 50.000 EUR Invaliditäts-Kapitalleistung,
 - 10.000 EUR Todesfalleistung für Erwachsene,
 - 5.000 EUR Todesfalleistung für Kinder,
 - 5.000 EUR Bergungskosten

versichert.

Zeigen Sie uns die Heirat, die Eintragung oder die Geburt während der ersten drei Monate an, verlängert sich der Versicherungsschutz um weitere drei Monate.

Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Familien-Vorsorgeversicherung, können Sie Leistungen für hinzukommende Personen nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln und die verbesserte Gliedertaxe. Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt nach Ablauf der genannten Fristen. Die Fortsetzung kann gegen Beitrag vereinbart werden.

2.10 Sofortleistung bei bestimmten Knochenbrüchen

Ergänzend zu Ziffer 2 bieten wir entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz und eine Sofortleistung bei unfallbedingten Knochenbrüchen.

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1

einen oder mehrere der folgenden Knochenbrüche erlitten:

- Bruch eines langen Röhrenknochens (Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochen)
- Bruch des Beckens (Beckenringbruch)
- Bruch der Wirbelsäule (Wirbelkörperbruch)
- Bruch des Fersenbeins.

2.10.2 Anspruch und Höhe der Leistung

Die Verletzung wird durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen. Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Wir zahlen einen einmaligen Kapitalbetrag in Höhe von 150 EUR.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.11.1.1 Einfachverletzung aufgrund eines Unfalls

Die versicherte Person

- hat einen Bruch zweier Röhrenknochen am selben Gliedmaß erlitten; der Bruch ist gleichzeitig am Ober- und Unterarm oder am Ober- und Unterschenkel aufgetreten;
- hat Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche erlitten;
- ist erblindet oder auf beiden Augen hochgradig sehbehindert; im Fall der Sehbehinderung beträgt die Sehschärfe nicht mehr als 1/20;
- ist wegen einer Schädigung des Rückenmarks querschnittsgelähmt;
- hat nach einer Amputation mindestens den ganzen Fuß oder die ganze Hand verloren,
- hat Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung erlitten.

2.11.1.2 Mehrfachverletzung aufgrund eines Unfalls

Die versicherte Person hat eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen erlitten:

- Bruch eines langen Röhrenknochens (Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochen);
- Bruch des Beckens;
- Fraktur an Wirbelkörper/Dornfortsatz;
- gewebezstörender Schaden eines inneren Organs.

2.11.2 Anspruch und Höhe der Leistung

Die Verletzung wird durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen. Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Wir zahlen die Sofortleistung als Kapitalbetrag einmal je Unfall in Höhe von 5.000 EUR. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.12 Übernahme von Kosten für therapeutisch oder medizinisch verordnete Hilfsmittel

Wir zahlen nach einem Unfall die entstehenden Kosten für therapeutisch oder medizinisch verordnete Hilfsmittel wie z. B. Rollstühle, Gehhilfen und Treppenlifte bis zu 2.500 EUR.

Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn durch anderweitig bestehende Versicherungen (z. B. Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft) keine oder nur Teilzahlungen innerhalb der Entschädigungsgrenze geleistet werden (Subsidiarität).

2.13 Sofortleistung bei Koma und Langzeitnarkose

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in ein Koma (schwerste Form der quantitativen Bewusstseinsstörung) gefallen oder aus medizinischer Notwendigkeit dorthin versetzt worden (Langzeitnarkose als medikamentös herbeigeführte Bewusstseinsminderung). Das Vorliegen des Komats ist durch einen objektiven, am aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für die Zeit des Komats oder der Langzeitnarkose wöchentlich einen Betrag in Höhe von 100 EUR, längstens für die Dauer von 52 Wochen.

2.14 Raufhändel, öffentliche Unruhen und Schlägereien

Unfälle bei Raufhändeln, öffentlichen Unruhen und Schlägereien, in die der Versicherte nicht als Urheber gerät, sind mitversichert. Unfälle bei vorsätzlicher Ausübung einer Straftat sind ausgeschlossen.

3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?

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

- im Fall 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.
Die Minderung unterbleibt jedoch bei einem Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen von weniger als 30 %.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person

4.1.1.1 durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

4.1.1.2 durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren. Versicherungsschutz besteht ebenso für Unfälle infolge eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes.

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

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 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;
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische (ABC-) Waffen;
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand, an dem die Länder China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt sind.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

4.1.5 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. Ausgenommen sind Stern-, Orientierungs- und Zuverlässigkeitsfahrten.

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

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Gesundheitsschäden:

4.2.1 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, Röntgen- und Laserstrahlen, soweit sie nicht Folge von regelmäßigem Umgang mit strahlenerzeugenden Apparaten sind.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische als Folge eines unter die Versicherung fallenden, versicherten Unfallereignisses. Maßnahmen von Ersthelfern (auch unqualifizierten) in Notfällen werden diesen Heilmaßnahmen oder Eingriffen gleichgesetzt.

4.2.3 Infektionen und deren Folgen.

4.2.3.1 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.

4.2.3.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf;
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) als Folge von Zeckenstichen;
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.3.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten;
- Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe als Folge eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses.

4.2.4 Gesundheitsschäden durch Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls das zehnte Lebensjahr vollendet haben.

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

5. Was müssen Sie bei vereinbartem Tarif für Kinder und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

5.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

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

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

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

5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

5.2.1 Die Höhe des Beitrages hängt maßgeblich von der beruflichen Tätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die Gefahrengruppenzuordnung gemäß den für diesen Vertrag gültigen Tarifbestimmungen.

Eine Änderung der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Militärische Reserveübungen, freiwilliger Wehrdienst und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter. Bei gleichbleibenden Versicherungssummen werden wir eine Erhöhung des Beitrags erst nach sechs Monaten vornehmen, eine Senkung des Beitrags jedoch bereits ab Ihrer Anzeige. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag mit erhöhten oder gesenkten Versicherungssummen weiter.

Leistungsfall

6. Welche Obliegenheiten müssen Sie nach einem Unfall beachten?

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

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

6.1.1 Geringfügig erscheinende Verletzungen

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

6.1.2 Unbeabsichtigt verspätete Unfallmeldung

Wir berufen uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung bei unbeabsichtigter verspäteter Meldung bis zu einem Jahr nach dem Unfall.

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

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

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

6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
- Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

6.5 Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, beginnt die Meldefrist erst nach Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers und beträgt 21 Tage.

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

6.6 Bei Zeckenstichen, die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) übertragen, beginnt die Meldefrist mit der ersten ärztlichen Diagnose.

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6. 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.

8. Wann sind die Leistungen fällig?

8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Anspruch auf die Invaliditätsleistung und die Unfall-Rente innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen;
- beim Anspruch auf Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren (z. B. Attestkosten), die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bei

- Invalidität bis zu 1‰ der vereinbarten Versicherungssumme,
- Unfall-Rente bis zu 10 % der vereinbarten Versicherungssumme,
- Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- Erweitertem Unfall-Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaus-tagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

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

8.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

8.5 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.

Versicherungsbeitrag

9. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

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

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

10. Wie und unter welchen Voraussetzungen können die Beiträge angepasst werden?

10.1 Wir sind berechtigt und verpflichtet, den Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und - wenn die Entwicklung der Schadenaufwendungen und der den Verträgen zurechenbaren Kosten dies erforderlich machen - an diese Entwicklung anzupassen.

Außerdem können Veränderungen in den biometrischen Rechnungsgrundlagen (Risiken Langlebigkeit, Tod, Invalidität) herangezogen werden.

Die durch eine gesetzlich vorgeschriebene Veränderung des betriebsnotwendigen Sicherheitskapitals entstehenden Kapitalkosten dürfen mit einberechnet werden. Erhöhungen des Gewinnansatzes bleiben bei der Neukalkulation außer Betracht. Zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs wird der Beitragssatz mindestens alle fünf Jahre - gerechnet ab 01.01.2018 - neu kalkuliert.

Die Neukalkulation berücksichtigt auf Basis der bisherigen Schadenentwicklung insbesondere die voraussichtliche künftige Entwicklung des Schadenbedarfs. Unternehmensübergreifende Daten dürfen dabei für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht. Die Neukalkulation der Beiträge wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen durchgeführt.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (z. B. Lebensalter, Gefahrengruppen), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs auf den entsprechenden Teilbestand abgestellt werden. Dabei ist die Neukalkulation stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl gleichartiger Risiken durchzuführen.

10.2 Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes um weniger als 5 % erforderlich wäre, besteht kein Anpassungsrecht und auch keine Anpassungsverpflichtung.

Wird die vorgenannte Schwelle überschritten, sind die Neukalkulation und die ihr zugrunde liegenden Statistiken einem unabhängigen Treuhänder zur Prüfung vorzulegen. Sofern dieser die Angemessenheit der Neukalkulation bestätigt, sind wir berechtigt und im Fall eines sich aus der Neukalkulation ergebenden Beitragssatzreduzierungspotenzials verpflichtet, den Beitragssatz für die bestehenden Verträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend anzupassen. Dabei darf eine sich aus der Neukalkulation ergebende Erhöhung 20 % des bisherigen Beitragssatzes nicht übersteigen.

Bedingungsgemäß unterbliebene Anpassungen (Anpassungen unter 5 % oder über 20 %) bzw. kalkulatorisch nicht genutzte Anpassungspotenziale (zwischen 5 % und 20 %) können bei den folgenden Anpassungen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus darf der neue Beitragssatz nicht höher sein als der Beitragssatz für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsschutz.

10.3 Erhöhungen des Beitragssatzes werden Ihnen mindestens einen Monat vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres von uns mitgeteilt. Sie gelten ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, in Textform kündigen.

Über das Kündigungsrecht und die bei der Kündigung zu beachtenden Voraussetzungen werden Sie in unserer Mitteilung über die Erhöhung des Beitragssatzes informiert.

10.4 Senkungen des Beitragssatzes gelten ohne besondere Mitteilung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres, das auf den Abschluss der Überprüfung durch den Treuhänder folgt.

Hält der Treuhänder eine von uns im Rahmen der Neukalkulation ermittelte Senkung des Beitragssatzes für nicht ausreichend, haben wir unverzüglich eine Neukalkulation vorzulegen.

11. Anpassung von Leistung und Beitrag in der Unfallversicherung (Dynamik)

11.1 Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

11.1.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen in jedem Versicherungsjahr um 5 %. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, frühestens jedoch ein halbes Jahr nach Vertragsbeginn.

11.1.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle tausend Euro,
- für die Unfall-Rente auf volle zehn Euro,
- für Tagegeld und Erweitertes Unfall- Krankenhaustagegeld auf volle Euro.

11.1.3 Die Versicherungssummen folgender Leistungsarten nehmen nicht an der Erhöhung teil:

- Bergungskosten
- Kosmetische Operationen
- Rehabilitation
- Beitragsfreie Familienvorsorge-Versicherung
- Sofortleistung bei unfallbedingten, schweren Verletzungen
- Sofortleistung bei bestimmten Knochenbrüchen
- Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch
- Sofortleistung bei Koma und Langzeitnarkose
- Kosten für therapeutisch oder medizinisch verordnete Hilfsmittel.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

11.1.4 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen. Ab dem nächsten Hauptfälligkeitstermin wird der Vertrag dann wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.

11.1.5 Sie und wir können diese Vereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

12. Vereinbarung altersabhängiger Beitragserhöhungen

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, erhöht sich der Beitrag jährlich um 2 %. Eine vereinbarte Anpassung von Leistung und Beitrag (Dynamik) gemäß Ziffer 11. bleibt davon unberührt.

Weitere Bestimmungen

13. 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.

Dies gilt nur dann, wenn es sich um einen kriegsmäßigen Einsatz handelt, an dem die Länder China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt sind.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

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

14.1 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.

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