



Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen

(AUB 2010 SHB Stand: 31.08.2022)

In den nachfolgenden Bedingungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit - stellenweise - die männliche Geschlechtsform verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

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

Der Versicherungsumfang	2	Versicherungsdauer	9
1 Was ist versichert?.....	2	10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	9
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	2		
2.1 Invaliditätsleistung	2	Der Versicherungsbeitrag	10
2.2 Übergangsleistung.....	3	11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	10
2.3 Tagegeld.....	4		
2.4 Krankenhaus-Tagegeld.....	4	Weitere Bestimmungen	11
2.5 Genesungsgeld.....	4	12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?.....	11
2.6 Todesfallleistung.....	4	13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	11
2.7 Unfallrente	4	14 Gestrichen	13
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	5	15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	13
4 Gestrichen	5	16 Welches Gericht ist zuständig?	13
5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	5	17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	13
6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder - / Erwachsenen -Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	7	18 Welches Recht findet Anwendung?	13
Der Leistungsfall	7		
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?.....	7		
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	8		
9 Wann sind die Leistungen fällig?	8		

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 gezerzt oder zerrissen werden
- 1.5** Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) 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

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.1.1.1** Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität).

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist:

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten
und
- innerhalb von fünfzehn 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, die folgenden Invaliditätsgrade:

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

Alle Angaben in %

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

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

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach 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 zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

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

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

2.2 Übergangsleistung

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 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag angerechnet, gezahlt.

2.4 Krankenhaus-Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

oder

unterzieht sich wegen eines Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5 besteht nicht.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld 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 Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6 Todesfalleistung

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 Unfallrente

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die Voraussetzungen sind nach Ziffer 2.1.1 AUB 2010 SHB gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 AUB 2010 SHB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen werden bei der Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

2.7.2 Höhe der Leistung

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

2.7.3 Bedingungen und Dauer der Leistung

2.7.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

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

die versicherte Person stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 AUB 2010 SHB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 % unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Gestrichen

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch:

Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen,

sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

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

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

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 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 Gehirnblutungen. 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 strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen

5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach 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 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

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

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

6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder - / Erwachsenen -Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-/Erwachsenen-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das / der nach dem Kinder-/Erwachsenen-Tarif

versicherte Kind / Erwachsene das 18. / 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene / Senioren. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

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

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres 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 (siehe Anhang).

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 nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1, von Ihnen vor Ablauf der Frist, ausgeübt werden.

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

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.

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 Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung 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 kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate 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 Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf 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 Versicherungsteuer

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.

11.1.2 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, 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 Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

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

11.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, 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 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 Angaben über gefahrerhebliche Umstände**

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform 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 Satz 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 **Gestrichen**

15 **Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**

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

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

16 **Welches Gericht ist zuständig?**

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder 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.

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

17 **Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?**

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Anhang zu Ziffer 6.2 AUB 2010

Hinweise zur Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Gefahrengruppeneinteilung

Die Beiträge richten sich bei Personen ab 14 bis 64 Jahre nach der beruflichen Tätigkeit. Maßgeblich ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf. Übt eine Person eine Tätigkeit nach beiden Gefahrengruppen aus, wird die Gefahrengruppe zugrunde gelegt, die überwiegt. Personen, die sich in Ausbildung befinden, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Gefahrengruppe A

Frauen und Männer werden in die Gefahrengruppe A eingestuft, wenn es sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit um eine Bürotätigkeit, eine kaufmännische oder verwaltende Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, eine leitende oder Aufsicht führende Tätigkeit im Betrieb oder auf Baustellen, eine Tätigkeit im Laden, im Labor (ohne ätzende, giftige, leicht entzündliche oder explosive Stoffe), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege handelt. Angehörige der Polizei sowie Zeit- und Berufssoldaten werden in der Gefahrengruppe A versichert, wenn sie ausschließlich im Innendienst tätig sind. Die in der Gefahrengruppe A versicherbaren Handwerksberufe sind unter den Beispielen für Gefahrengruppe A abschließend aufgeführt.

Zur Gefahrengruppe A gehören auch Schüler, Studenten, Arbeitsuchende, Pensionäre und Rentner.

Bei Berufsanfängern im öffentlichen Dienst werden alle Anwärter und Auszubildenden während der Ausbildung nach Gefahrengruppe A versichert. Erst nach Ende der Ausbildung erfolgt eine Neueinstufung gemäß der Tätigkeit, die der Versicherte dann ausübt.

Beispiele für Gefahrengruppe A

Ärzte (Humanmediziner), Altenpfleger, Apotheker, Architekten, Augenoptiker, Bademeister, Bauingenieure, Baukontrolleure, Bauleiter, Designer, Elektroniker, Feinmechaniker, Feinoptiker, Fernsehtechniker, Floristen, Flugbegleiter und Flugzeugführer, Fotografen, Friseure, Geistliche, Gerichtsvollzieher, Glas- und Porzellanmaler, Gold- und Silberschmiede, Hausmänner, Hörgeräteakustiker, Hotelangestellte, Informatiker, Informationstechniker, Ingenieure, Journalisten, Juristen, Kapitäne (Schifffahrt), Kaufleute, Krankenpfleger, Künstler, Kürschner, Lehrer (außer Turn-, Sport- und Tanzunterricht sowie in Lehrwerkstätten), Masseure, Modisten, Musiker, Pförtner, Physiotherapeuten, Politiker, Postzusteller, Radiotechniker, Sanitäter, Schauspieler, Schneider, Sicherheitstechniker, Sozialarbeiter, Steuerberater, Sticker, Technische Sachverständige, Technische Zeichner, Tontechniker, Uhrmacher, Umweltschutztechniker, Vollzugsbedienstete, Werbefachleute, Werkstoffprüfer, Zahnärzte, Zahntechniker, Zugabfertiger, Zugbegleitpersonal.

Gefahrengruppe B

Frauen und Männer werden in die Gefahrengruppe B eingestuft, wenn es sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit um eine körperliche oder handwerkliche (Ausnahmen siehe oben) Berufsarbeit oder eine Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen handelt. Angehörige der Polizei, der Steuer- und Zollfahndung, der Forstverwaltung sowie Zeit- und Berufssoldaten werden in der Gefahrengruppe B versichert, wenn sie nicht ausschließlich im Innendienst tätig sind.

Übt eine Person Tätigkeiten der Gefahrengruppen A und B aus, so gilt die Gefahrengruppe B. Diese Regelung gilt auch dann, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Gefahrengruppe A ausgeführt werden.



Beispiele für Gefahrengruppe B

Anlagenmechaniker, Arbeiter, Bäcker, Baggerführer, Bauführer, Bauhelfer, Baumaschinenführer, Bautechniker, Bergleute, Berufskraftfahrer, Betonbauer, Bildhauer, Binnenschiffer, Bohrtechniker, Bootsbauer, Bootsleute, Brauer, Brunnenbauer, Buchbinder, Chemiefacharbeiter, Chemielaboranten, Chemiker, Dachdecker, Drucker, Elektriker, Elektroinstallateure, Elektromaschinenbauer, Elektrotechniker, Entsorger, Fahrlehrer, Fahrzeugbauer, Feuerwehrleute (Berufs- und Werksfeuerwehr), Fischer, Fischverarbeiter, Fleischer, Fleischwarenhersteller, Fliesenleger, Fließbandarbeiter, Fluggerätemechaniker, Gärtner, Galvaniseure, Gastronomen, Gebäudereiniger, Gerüstbauer, Gießer, Gipser, Glasbläser, Glaser, Gleisbauer, Hausmeister, Heizungsbauer, Hilfsarbeiter, Hufschmiede, Industriemechaniker (Maschinenbau), Industriemeister, Installateure, Isolierer, Karosseriebauer, Kellner, Klempner, Köche, Konditoren, Kraftfahrzeugelektriker, Kraftfahrzeugmechaniker, Kranführer, Kunstschlosser, Lackierer, Lagerarbeiter, Lagerverwalter, Landwirte, Leichenbestatter, Lokomotivführer, Maler (im Ausbau), Maschinisten, Maurer, Mechatroniker, Metallarbeiter, Metallbauer, Möbeltransporteure, Monteure, Omnibusfahrer, Parkettleger, Personenschutzfachkräfte, Poliere, Produktionstechniker, Rangierer, Raumausstatter, Reitlehrer, Schausteller, Schlosser, Schornsteinfeger, Schuhmacher, Sicherheitsbedienstete, Sportlehrer, Steinmetzen, Straßenbahnführer, Straßenbauer, Stuckateure, Tänzer, Tankwarte, Tanzlehrer, Taxifahrer, Techniker, Textilreiniger, Tierärzte, Tierpfleger, Tierzüchter, Tischler, Wachbedienstete, Waldarbeiter, Werkzeugmacher, Winzer, Zimmerer.

Nicht versicherbare Berufe

Personen, die folgende beruflichen Tätigkeiten (auch Nebentätigkeiten) ausüben, sind nicht versicherbar:

Angehörige SEK/MEK, Artisten, Akrobaten, Bautaucher, Berufstaucher, Bergführer, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler sowie deren Trainer und damit jegliche Sportausübung gegen Entgelt, Erzaufbereiter, Feuerwerker, Pyrotechniker, Hochofenwerker, Hüttenfacharbeiter, Offshore-Personal, Munitionssuch- und Räumtrupps (auch Minen u. Ä.), Rennfahrer und deren Beifahrer, Rennreiter, Schausteller, Skilehrer, Sprengpersonal, Straßenmeister, Straßenwärter, Streckenwarte, Stuntmen, Tiertrainer, Tierbändiger, Untertagetätige.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung SHB-KLASSIK 2010 (BBU-KLASSIK 2010)

Inhalt

1	Wie wir sofort helfen?	17	3.8	Lebensmittelvergiftungen	24
1.1	Unfall-Serviceleistungen.....	17	3.9	Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen	24
1.2	Sofortleistung bei Schwerverletzten	17	3.10	Tauchtypische Gesundheitsschäden, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen	24
1.3	Reha-Dienstleistung.....	18	3.11	Gewalttätige Auseinandersetzungen	24
2	Welche zusätzlichen Geldleistungen können beansprucht werden?	20	3.12	Todesfalleistung bei Verschollenheit	24
2.1	Verbesserte Gliedertaxe.....	20	3.13	Passives Kriegsrisiko.....	24
2.2	Schmerzensgeld bei Knochenbruch.....	20	3.14	Teilnahme an Fahrveranstaltungen	24
2.3	Kosmetische Operationen / Zahnbehandlung	20	4	Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?.....	25
2.4	Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/ Tageseltern.....	21	4.1	Vorsorgeversicherung für Kinder.....	25
2.5	Verlängerung von Tage- und Krankenhaustagegeld.....	21	4.2	Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft.....	25
2.6	Verlängerung von Genesungsgeld	21	4.3	Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	25
2.7	Erweiterte Übergangsleistung	21	5	Welche weiteren Leistungen bieten wir?	25
2.8	Rooming-In-Leistung	22	5.1	Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen.....	25
2.9	Kosten für Nachhilfeunterricht.....	22	5.2	Leistungsgarantie gegenüber GDV- Musterbedingungen.....	25
2.10	Kur- und Reha-Tagegeld	22	5.3	Änderung der Berufstätigkeit	25
2.11	Doppelte Todesfalleistung.....	22	5.4	Gemischte Institute.....	25
3	Was ist über die AUB 2010 SHB hinaus versichert?	22	5.5	Geringfügige Unfallfolgen.....	26
3.1	Erhöhung des Mitwirkungsanteiles	22	5.6	Verdienstausfall Selbstständiger bei Arztbesuch	26
3.2	Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen / Schlaganfall / Herzinfarkt	22	5.7	Anzeigefrist für den Todesfall.....	26
3.3	Infektionen/Impfschäden und Insektenstiche	23	5.8	Anzeigefrist für den Invaliditätsfall	26
3.4	Psychische und nervöse Störungen durch einen Unfall.....	23	5.9	Besondere Bedingungen und Vereinbarungen zu den AUB 2010 SHB auf Antrag.....	26
3.5	Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen.....	23			
3.6	Einwirkung von Gasen und Dämpfen	24			
3.7	Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahre.....	24			

1 Wie wir sofort helfen?

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2010 SHB erbringen wir folgende Leistungen:

1.1 Unfall-Serviceleistungen

1.1.1 Art der Leistungen:

1.1.1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich rechtlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Gleiches gilt für die Kostenerstattung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transportes (auch im Ausland) der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder nächstgelegenen Druckkammer. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

1.1.1.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztlicher Anordnung beruhen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

1.1.1.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Ehepartner, oder Partner einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft.

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

1.1.2 Höhe der Leistungen

Die Versicherungssumme beträgt 15.000 EUR. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt der volle Leistungsanspruch erhalten.

1.2 Sofortleistung bei Schwerverletzten

1.2.1 Führt der Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2010 SHB) bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, zahlen wir einmalig eine Leistung von 10 % der Invaliditätssumme, maximal 10.000 EUR. Als schwere Verletzungen gelten:

Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks, Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand, Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades, Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche, Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen) oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):

- gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
- Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
- Wirbelkörperbruch, Beckenringbruch.

1.2.2 Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

1.2.3 Wird dem Versicherer das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und schriftlich mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, erfolgt die Leistung.

1.2.4 Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 AUB 2010 SHB angerechnet. Für den Fall, dass eine Übergangsleistung nach Ziffer 2.2 AUB 2010 SHB versichert gilt, wird die Sofortleistung nicht auf die Übergangsleistung angerechnet.

1.3 Reha-Dienstleistung

- 1.3.1. Die versicherte Person ist berechtigt, im Falle eines zu erwartenden, unfallbedingten Invaliditätsgrades (s.a. Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 SHB) von 50% und mehr, die im Folgenden aufgeführten Dienstleistungen unseres Reha-Dienstleisters in Anspruch zu nehmen. Die Betreuung durch unseren Reha-Dienstleister ist auf einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach dem Unfall begrenzt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch die Firma Reha-Assist oder durch einen von Reha-Assist beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder der Schweiz erbracht.
- 1.3.1.2 Die Kosten, die durch eine Inanspruchnahme unseres Reha-Dienstleisters entstehen, werden für den Betreuungszeitraum (s.a. Ziffer 1.3.1) bis zur Höhe von 20% der vertraglich vereinbarten Invaliditätssumme, maximal 10.000 EUR je Versicherungsfall, übernommen.
- 1.3.1.3 Reha-Dienstleistungen der Firma Reha-Assist
- 1.3.1.3.1 a) Rehabilitationserstgespräch
- 1.3.1.3.1 b) bei Tod des Versicherungsnehmers:
Beratung der Hinterbliebenen bei Behördengängen. Erstellung eines „Fahrplans“, der alle zu erledigenden Dinge aufführt. Weiterführende Maßnahmen: Begleitung bei Traumafehlverarbeitung, Sicherung der schulischen und beruflichen Ausbildung, Sicherung des Arbeitsplatzes, Suche nach einem neuen Arbeitsplatz, Unterstützung bei Rückkehr in das Erwerbsleben, Neuorganisation von Kinder- oder Pflegebetreuung von weiteren im Haushalt lebenden Angehörigen.
- 1.3.1.3.1 c) bei Verdachtsanzeige einer Berufskrankheit nach Ziffer 4301 (Atemwegerkkrankung) und/oder Ziffer 5101 (Hauterkrankung) der Liste der Berufskrankheiten nach § 3 der Berufskrankheitenverordnung (BKVO):
Bei Vorlage einer Verdachtsanzeige der beiden oben genannten Berufskrankheiten beraten wir den Versicherten ob und welche Maßnahmen der medizinischen, therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes notwendig sind. Eine Beratung kann auch erfolgen, wenn der Versicherte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist (§ 84 Abs. 2, SGB IX).
- 1.3.1.3.1 d) bei persönlicher Betreuung und medizinische Erstberatung
Nach den in 1.3.1 und 1.3.1.3.1 b) benannten Voraussetzungen wird mit der versicherten Person /Angehörigen zeitnah ein Termin für einen Besuch vereinbart. Bei diesem Erstbesuch wird – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten und/ oder Arbeitgeber – entsprechend der individuellen Bedürfnisse - ein Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person erstellt. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird insbesondere geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der Vorschriften der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung besteht. Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne des SGB VII werden für Ziffer 1.3.1.3.1c) nicht übernommen. Es erfolgt jedoch eine Absprache und Empfehlung, welche Maßnahmen der gesetzliche Unfallversicherungsträger übernehmen kann. In allen anderen Fällen werden Kosten im Rahmen des Rehabilitationsmanagement Ziff.1.3.1.3.2.a) erstattet. Nach Abschluss einer stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten. Eine Unterstützung bei den Anträgen an Sozialversicherungsträger (zum Beispiel die zuständige Krankenversicherung) und an die Pflegekasse beziehungsweise den gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger gilt im Umfang enthalten. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit entstehen, erhält die versicherte Person, auf Wunsch, bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung Unterstützung.
- 1.3.1.3.2 a) Rehabilitationsmanagement
Die Kosten des Rehabilitationsmanagements nach Ziffer 1.3.1.3.2.a) - h) übernehmen wir bis zu einer Summe in Höhe von 10.000 EUR, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einem Sozial- oder Sozialversicherungsträger oder einem anderen Leistungsträger aus der privaten Versicherungswirtschaft übernommen wird. Die Verteilung des Gesamtbeitrages auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung des Reha-Beraters. Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 1.3.1.3.2.a) - h) werden längstens für die Dauer von 2 Jahren nach dem Unfall erbracht. Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Eine Rückerstattung der gezahlten Leistung ist nicht erforderlich.

- 1.3.1.3.2 b) persönliche Beratung
Nach dem Unfall wird mit der versicherten Person ein zeitnaher Termin für einen Besuch vereinbart. Bei diesem Erstbesuch wird entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person beziehungsweise deren Wiedereingliederung erstellt. Im Rahmen des persönlichen Besuches zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha- oder Pflegeeinrichtung, wird mit der verletzten, versicherten Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Mediziner die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung vermittelt. Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Mediziner und Therapeuten. Ferner wird eine Unterstützung bei Anträgen an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger angeboten.
- 1.3.1.3.2 c) medizinische Reha-Beratung
Nach dem Unfall nimmt der Dienstleister Kontakt zu den behandelnden Mediziner und weiteren in der Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherungsträger besteht. Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung werden nur übernommen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.
- 1.3.1.3.2 d) Hilfsmittelversorgung
Wir klären den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickeln mit der versicherten Person, den Mediziner und Therapeuten ein Versorgungskonzept, welches mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme vereinbart. Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen. Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.
- 1.3.1.3.2 e) Mobilitätssicherung
Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität wird bei Bedarf über Umbaumaßnahmen eines Kraftfahrzeuges der versicherten Person beraten. Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen, übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters, einmalig die Kosten für die behindertengerechte Gestaltung des eigenen Kraftfahrzeuges, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir ihnen auch, wenn sie sich alternativ ein vergleichbares behindertengerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen. Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen, ist sie aber in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Kraftfahrzeug angewiesen oder zumindest nicht in der Lage das eigene Kraftfahrzeug zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung des Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.
- 1.3.1.3.2 f) Wohnungsberatung
Ist in Folge des Unfalls eine dauerhafte Nutzung des bisherigen Wohnraumes beziehungsweise Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät der Dienstleister bei der Umgestaltung des Wohnraums beziehungsweise des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behindertengerechten, barrierefreien Gestaltung des Wohnumfeldes, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.
- 1.3.1.3.2 g) berufliche Reha-Beratung
Der Dienstleister berät und unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Die versicherte Person wird bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes vom Dienstleister unterstützt. Weiter erhält die versicherte Person aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten beziehungsweise einem neuen Arbeitsplatz, einschließlich eines individuellen Bewerbungstrainings. Bei Eignung fördern wir eine selbständige Existenz. Die versicherte Person wird kontinuierlich während der Einarbeitungs- und Neuorientierungsphase durch den Dienstleister begleitet. Wir übernehmen die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

- 1.3.1.3.2 h) Pflegeberatung
Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen wird mit der verletzten, versicherten Person, den Medizinern, den Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abgestimmt. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützt der Dienstleister die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen und bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, wird auf Wunsch der versicherten Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung geholfen.
- 1.3.1.3.3 Sonstiges
Alle Maßnahmen erfolgen dabei unter Wahrung des Datenschutzes; Schweigepflicht- und Datenschutzentbindungserklärungen werden vom Reha-Dienstleister eingeholt. In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB 2010 SHB ist der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistung notwendig werden, gegenüber der Firma Reha-Assist oder einem beauftragten Vertragspartner abzugeben.
- 1.3.1.3.3 a) Wartezeit
Bei den Leistungen zu Punkt 1.3.1.3.1c) beträgt die Wartezeit für die Erlangung der Leistung drei Jahre nach Versicherungsbeginn.

2 Welche zusätzlichen Geldleistungen können beansprucht werden?

2.1 Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 SHB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane die folgenden Invaliditätsgrade in Prozent:

Arm	80	Bein bis unterhalb des Knies	60
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70	Fuß	50
Hand	70	große Zehe	10
Daumen	28	andere Zehe	5
Zeigefinger	18	Auge	50
anderer Finger	12	vollständiger Stimmverlust	100
eines kleinen Fingers	7	sofern ein Auge vor Eintritt bereits	
		vollständig verloren war	70
für sämtliche Finger einer Hand höchstens	70	Geschmackssinn	10
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80	Gehör auf einem Ohr	40
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70	Geruchssinn	10

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

2.2 Schmerzensgeld bei Knochenbruch

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 100 EUR, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist. Ausgeschlossen bleiben Brüche an Zehen und Fingern, Haarrisse und Fissuren.

2.3 Kosmetische Operationen / Zahnbehandlung

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2010 SHB leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen. Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.3.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 2.3.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 2.3.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 2.3.1.3 Ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Sozialversicherungsträger oder privater Krankenversicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.3.2 Höhe der Leistung:
Wir leisten insgesamt bis zur Höhe von 20.000 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 natürlichen Schneide- oder Eckzähnen entstanden sind. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder die Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate, Gebisse).

2.4 **Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern**

2.4.1 Ziffer 2 AUB 2010 SHB wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für

- eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern, wenn die den Haushalt versorgende oder mitversorgende Person wegen eines Unfalles, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet,
- im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zum Versicherten unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist, und eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

2.4.2 Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 100 EUR je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens für 30 Tage oder insgesamt 3.000 EUR je Unfallereignis.

2.4.3 Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.4.4 Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

2.5 **Verlängerung von Tage- und Krankenhaustagegeld** (sofern Tage- und Krankenhaustagegeld vereinbart)

2.5.1 Abweichend von Ziffer 2.3.2 AUB 2010 SHB wird Tagegeld auch über das erste Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch in stationärer Behandlung befindet. Das Tagegeld wird für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes sowie für längstens 14 Tage danach gezahlt.

2.5.2 Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2010 SHB wird Unfall-Krankenhaustagegeld längstens für 800 Tage innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

2.5.3 Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens für vier Wochen, den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2.6 **Verlängerung von Genesungsgeld** (sofern Genesungsgeld vereinbart)

Abweichend von Ziffer 2.5.2 AUB 2010 SHB zahlen wir Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 150 Tage.

2.7 **Erweiterte Übergangsleistung** (sofern Übergangsleistungen vereinbart)

Ziffer 2.2 AUB 2010 SHB wird wie folgt ergänzt:

2.7.1 Voraussetzung für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um 100 % beeinträchtigt und diese Beeinträchtigung hat bis dahin ununterbrochen bestanden.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung:

Es wird ein Viertel der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.2.2 AUB 2010 SHB angerechnet.

2.8 Rooming-In-Leistung

Sofern ein Krankenhaustagegeld vereinbart ist, wird Ziffer 2.4 AUB 2010 SHB wie folgt erweitert: Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffern 1.3/1.4 AUB 2010 SHB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit im Krankenhaus (Rooming-In), so wird für höchstens 30 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 25 EUR gezahlt. Die Rooming-In-Leistung gilt für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

2.9 Kosten für Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 500 EUR. Die Kosten für Nachhilfeunterricht übernehmen wir für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

2.10 Kur- und Reha-Tagegeld

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2010 SHB zahlen wir entsprechend den nachfolgenden Regelungen ein Kur- und Reha-Tagegeld:

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.10.1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2010 SHB wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

2.10.1.2 Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.10.2 Höhe der Leistung:

Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 20 EUR täglich und wird einmalig für längstens 100 Tage innerhalb des oben genannten Zeitraumes gewährt. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kur- oder Reha-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.11 Doppelte Todesfalleistung

Ziffer 2.6.2 AUB 2010 SHB wird wie folgt erweitert:

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme der Eltern zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 40.000 EUR. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

3 Was ist über die AUB 2010 SHB hinaus versichert?

3.1 Erhöhung des Mitwirkungsanteiles

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2010 SHB wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen mindestens 50 % beträgt.

3.2 Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen / Schlaganfall / Herzinfarkt

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2010 SHB sind auch folgende Unfälle mitversichert infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind. Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen, jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt bis zu 1,1 Promille beträgt. Als Ursache eines Unfallereignisses sind darüber hinaus auch im Falle einer dadurch bewirkten Bewusstseinsstörung mitversichert: Schlaganfall oder Herzinfarkt. Ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht werden; Herz-Kreislaufstörungen, jedoch nicht epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper betreffen; Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und Einschlafen.

3.3 Infektionen/Impfschäden und Insektenstiche

3.3.1 Abweichend von den Ziffern 1.3 und 5.2.4 AUB 2010 SHB besteht Versicherungsschutz für die Leistungsart Invalidität und Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 SHB und 2.7.1 AUB 2010 SHB bei einer Infektion durch einen Erreger (z.B. durch Tierbisse oder Insektenstiche) von:

- Borreliose
- Brucellose
- Cholera
- Diphtherie
- Dreitagefieber
- Echinokokkose
- Gürtelrose/Windpocken
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Fleckfieber
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Gelbfieber
- Keuchhusten
- Lepra
- Masern
- Mumps
- Pest
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlaf-/ Tsetsekrankheit
- Tollwut
- Tularämie (Hasenpest)
- Typhus und Paratyphus
- Wundstarrkrampf (Tetanus)
- Malaria

Nicht versichert ist eine Erkrankung an Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), die später als 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.

Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben sind, von einer zuständigen Behörde angeordnet oder empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurden oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wurden und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Wir weisen besonders darauf hin, dass der erweiterte Versicherungsschutz gemäß Ziffer 3.3.1-3.3.3 dieser Bedingung keine Anwendung findet, wenn die Infektion durch Terrorakte verursacht wurde oder aber die Schutzimpfung in direktem Zusammenhang mit einem Terrorakt steht.

3.3.2 Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziffer 1 AUB 2010 SHB sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

3.3.3 Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 SHB ist die Invalidität erstmals während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten und durch einen Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 3 Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.

3.4 Psychische und nervöse Störungen durch einen Unfall

Ergänzend zu Ziffer 5.2.6 AUB 2010 SHB gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

3.5 Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen von erheblichem Wert erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Versicherung gem. Ziffer 1.3 AUB 2010 SHB eingeschlossen.

3.6 **Einwirkung von Gasen und Dämpfen**

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2010 SHB gelten als Unfall auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, soweit es sich um Folgen eines einzelnen vom alltäglichen Geschehen abweichenden, unerwartet eintretenden Ereignisses handelt. Zusätzlich wird bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. das Merkmal der Plötzlichkeit auch dann noch angenommen, wenn die versicherte Person durch unabwendbare Umstände den Einwirkungen von Gasen und Dämpfen bis zu 3 Tage lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen.

3.7 **Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahre**

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB 2010 SHB sind Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahre infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Mund mitversichert.

3.8 **Lebensmittelvergiftungen**

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB 2010 SHB sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen mitversichert.

3.9 **Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen**

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2010 SHB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Folge eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2010 SHB darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Schäden durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen oder Berufskrankheiten sind.

3.10 **Tauchtypische Gesundheitsschäden, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen**

3.10.1 Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2010 SHB besteht auch Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, Gesundheitsschäden durch Erfrierungen, auch ohne, dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

3.10.2 Druckammerkosten

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt bis maximal 20.000 EUR, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu oben genannter Höhe erstattet.

3.11 **Gewalttätige Auseinandersetzungen**

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

3.12 **Todesfalleistung bei Verschollenheit**

Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB 2010 SHB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

3.13 **Passives Kriegsrisiko**

Abweichend von Ziffer 5.1.3 Absatz 3 AUB 2010 SHB wird der Versicherungsschutz hinsichtlich des passiven Kriegsrisikos bis zum Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, ausgeweitet.

3.14 **Teilnahme an Fahrveranstaltungen**

Abweichend von Ziffer 5.1.5 AUB 2010 SHB sind Unfälle bei der Teilnahme an Fahrveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt, mitversichert.

4 Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?

4.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Während der Vertragsdauer geborene und adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers unter 14 Jahren sind ab Vollendung der Geburt bzw. der Adoption für ein Jahr mit 25.000 EUR für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

4.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Vertragslaufzeit ist der Ehegatte/der Lebenspartner bis zur nächsten Hauptfälligkeit mit 25.000 EUR für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert. Dies gilt nur dann, sofern für den Ehegatten/den eingetragenen Lebenspartner noch keine Unfallversicherung bei uns oder einem anderen Versicherer besteht.

4.3 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

4.3.1 Dieser Vertrag wird für die Dauer der Arbeitslosigkeit – längstens 12 Monate – beitragsfrei gestellt, sofern die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Versicherungsnehmer ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate bei dem gleichen Arbeitgeber, sozialversicherungspflichtig mindestens 15 Stunden wöchentlich oder alternativ vollbeschäftigt gewesen, die Arbeitslosigkeit dauert mindestens einen Monat an, der Beitrag zu diesem Vertrag ist bezahlt,
- der Versicherungsnehmer ist unverschuldet arbeitslos geworden, er geht keiner bezahlten Beschäftigung mehr nach und ist bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet,
- der Versicherungsnehmer hat das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet.

4.3.2 Sollte der Versicherungsnehmer erneut eine Beschäftigung aufnehmen, entfällt die Beitragsfreistellung mit Beginn des Monats, in dem die Beschäftigung erneut aufgenommen wurde.

4.3.3 Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit – außer durch Arbeitsunfähigkeit-unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Insolvenz).

4.3.4 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.3.5 Kein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung schriftlich angekündigt war.

5 Welche weiteren Leistungen bieten wir?

5.1 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

5.2 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2010 SHB) und die in dieser Verbraucherinformation enthaltenen Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen und Mustertarifstrukturen (AUB 2010 Stand Oktober 2010).

5.3 Änderung der Berufstätigkeit

Abweichend von Ziffer 6.2.2 AUB 2010 SHB gilt für die Reduzierung der Versicherungssummen eine Frist von 6 Monaten.

5.4 Gemischte Institute

Ergänzend zu Ziffer 2.4.1 AUB 2010 SHB wird vereinbart, dass der Krankenhaustagegeldanspruch dann nicht entfällt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

5.5 Geringfügige Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2010 SHB – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

5.6 Verdienstausschlag Selbstständiger bei Arztbesuch

Ergänzend zu Ziffer 7.3 AUB 2010 SHB wird Folgendes vereinbart: Kann bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen usw. der Lohn- oder Verdienstausschlag nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand konkret nachgewiesen werden, erstatten wir einen Aufwand bis zur Höhe von 0,5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 500 EUR pro Unfallereignis.

5.7 Anzeigefrist für den Todesfall

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB 2010 SHB wird die Anzeigefrist für den Todesfall auf 21 Tage verlängert. Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn die Erben der versicherten Person Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

5.8 Anzeigefrist für den Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 SHB muss die Invalidität innerhalb von 18 Monaten eingetreten und innerhalb einer Frist von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein. Für Infektionen gilt die Regelung gemäß Ziffer 3.3.3 BBU KLASSIK 2010.

Wichtiger Hinweis zu allen vorgenannten Punkten

Die in dieser Zusatzbedingung für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamische Anpassung) nicht teil.

5.9 Besondere Bedingungen und Vereinbarungen zu den AUB 2010 SHB auf Antrag

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2010 SHB).

Auf Antrag können bei Vertragsabschluss folgende Bedingungen und Vereinbarungen eingeschlossen werden:

5.9.1 Besondere Bedingungen für Mehrleistungen in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 90% (U16)

1. Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) ermittelt. Darüber hinaus gilt Folgendes:
2. Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
3. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 500.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der SHB weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

5.9.2 **Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% (U16a)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) ermittelt.

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) wird wie folgt ergänzt:

1. Für den unfallbedingten Invaliditätsgrad von bis zu 25 % wird die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
2. Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die doppelte Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
3. Für den 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die dreifache Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
4. Laufen für die versicherte Person bei der SHB weitere Unfallversicherungen, so gilt die Gesamtleistung auf 1.000.000 EUR begrenzt.

5.9.3 **Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350% (U16b)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) ermittelt. Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) wird wie folgt ergänzt:

1. Für den unfallbedingten Invaliditätsgrad von bis zu 25 % wird die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
2. Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die dreifache Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
3. Für den 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die fünffache Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
4. Laufen für die versicherte Person bei der SHB weitere Unfallversicherungen, so gilt die Gesamtleistung auf 1.000.000 EUR begrenzt.

5.9.4 **Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500% (U16c)**

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) ermittelt. Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) wird wie folgt ergänzt:

1. Für den unfallbedingten Invaliditätsgrad von bis zu 25 % wird die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
2. Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die fünffache Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
3. Für den 50 % übersteigenden Teil des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird die siebenfache Summe der im Versicherungsschein festgelegten Invaliditätssumme zur Berechnung zugrunde gelegt.
4. Laufen für die versicherte Person bei der SHB weitere Unfallversicherungen, so gilt die Gesamtleistung auf 1.000.000 EUR begrenzt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel

Progressionsstaffel	Mehrleistungsklausel	225 %	350 %	500 %
Druckstück	U 16	U 16a	U 16b	U 16c
Invalidität bis 25 %	Einfach	Einfach	Einfach	Einfach
Invalidität 26 % - 50 %	Einfach	Zweifach	Dreifach	Fünffach
Invalidität 51 % - 100 %	-	Dreifach	Fünffach	Siebenfach
Invalidität ab 90 %	Zweifach	-	-	-

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 AUB 2010 SHB eine Leistung von mehr als 25% der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Prog.- staffel von %	225 % auf %	350 % auf %	500 % auf %	Prog.- staffel von %	225 % auf %	350 % auf %	500 % auf %	Prog.- staffel von %	225 % auf %	350 % auf %	500 % auf %
26	27	28	30	51	78	105	157	76	153	230	332
27	29	31	35	52	81	110	164	77	156	235	339
28	31	34	40	53	84	115	171	78	159	240	346
29	33	37	45	54	87	120	178	79	162	245	353
30	35	40	50	55	90	125	185	80	165	250	360
31	37	43	55	56	93	130	192	81	168	255	367
32	39	46	60	57	96	135	199	82	171	260	374
33	41	49	65	58	99	140	206	83	174	265	381
34	43	52	70	59	102	145	213	84	177	270	388
35	45	55	75	60	105	150	220	85	180	275	395
36	47	58	80	61	108	155	227	86	183	280	402
37	49	61	85	62	111	160	234	87	186	285	409
38	51	64	90	63	114	165	241	88	189	290	416
39	53	67	95	64	117	170	248	89	192	295	423
40	55	70	100	65	120	175	255	90	195	300	430
41	57	73	105	66	123	180	262	91	198	305	437
42	59	76	110	67	126	185	269	92	201	310	444
43	61	79	115	68	129	190	276	93	204	315	451
44	63	82	120	69	132	195	283	94	207	320	458
45	65	85	125	70	135	200	290	95	210	325	465
46	67	88	130	71	138	205	297	96	213	330	472
47	69	91	135	72	141	210	304	97	216	335	479
48	71	94	140	73	144	215	311	98	219	340	486
49	73	97	145	74	147	220	318	99	222	345	493
50	75	100	150	75	150	225	325	100	225	350	500

5.9.5 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (U17)

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

- Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5% zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 EUR,
für die Übergangsleistung auf volle 100 EUR,
für die Unfall-Rente auf volle 10 Euro,
für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 EUR.
- Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 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.
- Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

5.9.6 Besondere Bedingungen für ehrenamtliche Tätigkeit mit Wegeunfällen in der Unfallversicherung (U18)

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen Personen bei Ausübung der versicherten Tätigkeit betroffen werden. Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

5.9.7 Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle in der Unfallversicherung (U19)

1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.

1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistung

3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.

3.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

5.9.8 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (U20)

1 Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für das laufende Versicherungsjahr und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Personen erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits Versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2010 SHB)

3.1 Wir können den Versicherungsschutz der einzelnen Person durch Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen innerhalb eines Monats nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebes.

3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

SHB – Erste Hilfe – Baustein

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen BBU- Unfall, Hilfe- und Pflegeleistungen - SHB Stand 08.2022

Inhalt

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen BBU

1. Wo erbringen wir unsere Leistungen?31
2. Was sind die Voraussetzungen für unsere Hilfsleistungen?31
3. Welche Leistungen erbringen wir?31
4. Wie lange und in welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?32
5. Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Partner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person?33
6. Welche Personen sind nicht versicherbar?33
7. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Hilfsleistungen ausgeschlossen?.....33
8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?33

9. Welche Eintrittspflicht gilt für Leistungen aus der Unfallversicherung?34
10. Welche Kosten übernehmen wir und wie sind die Rechtsverhältnisse zu den Dienstleistern?34

Mitversicherung der Familienhilfe..... 35

1. Was sind die Voraussetzungen für die Familienhilfe?35
2. Was sind die Leistungen der Familienhilfe?35
3. Wie lange erbringen wir unsere Leistungen?36
4. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheit)?36
5. Weitere Bestimmungen.36

Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer, durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen. Dieser Dienstleister erbringt entweder die Leistung selbst durch die eigene Organisation oder von ihm beauftragte Dritte (z. B. anerkannte Hilfsorganisationen oder lokale Pflegedienste).

Wo erbringen wir unsere Leistungen?

Unsere Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

Was sind die Voraussetzungen für unsere Hilfsleistungen?

- 2.1** Wir bieten Versicherungsschutz bei einer Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Eine Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeit (gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens), die wir im Rahmen der versicherten Hilfsleistungen nach Ziffer 3. erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbständig zu verrichten.
- 2.2** Die versicherte Person erhält aus den in Ziffer 3. aufgeführten Hilfsleistungen diejenigen, die ihrem individuellen Bedarf sowie Art und Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit entsprechen. Dabei wird berücksichtigt, ob und inwieweit aus vorangegangenen Leistungsfällen bereits eine dauerhafte Hilfsbedürftigkeit besteht und ob und inwieweit der Bedarf an Hilfsleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person oder durch bereits vorher regelmäßig erbrachte Dienstleistungen Dritter abgedeckt ist.
- 2.3** Die versicherte Person ist verpflichtet, uns nach Ablauf von acht Wochen ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall mit ärztlichen Unterlagen/Attest nachzuweisen. Wird die Hilfsbedürftigkeit durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen, setzen wir bei entsprechendem Bedarf unsere Leistungen über diesen Zeitraum hinaus fort. Die weitere Hilfsbedürftigkeit ist nach dem Erstnachweis jeweils vierwöchentlich nachzuweisen. Die Leistungen beginnen frühestens, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht hat. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfsleistungen ist nicht möglich.

Welche Leistungen erbringen wir?

3.1 Bedarfsermittlungsgespräch / Erstgespräch

Während des telefonischen Erstgesprächs wird mit der versicherten Person, den Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt der individuelle Bedarf der Hilfsleistung unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfelds festgestellt.

3.2 Hauswirtschaftliche Hilfsleistungen

a) Menüservice

Die versicherte Person und bei Bedarf auch der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe-/Lebenspartner erhält nach freier Wahl aus dem angebotenen Menüsortiment eine Mahlzeit pro Tag. Diese werden täglich warm ausgeliefert. Sofern dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise tiefgekühlt ausgeliefert.

b) Erledigung von Einkäufen und Besorgungen

Für die versicherte Person werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen (z. B. Banken- und Behördengänge) erledigt, einmal in der Woche bis zu zwei Stunden. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

c) Wäschservice

Die Versorgung der Wäsche (waschen, trocknen und bügeln) sowie die Pflege der Schuhe der versicherten Person wird einmal pro Woche organisiert. Der Zeiteinsatz hierfür ist auf bis zu drei Stunden begrenzt.

d) Wohnungsreinigung

Die allgemein üblichen Lebensbereiche der versicherten Person (Wohn- und Schlafräum, Bad, Toilette, Küche) werden einmal pro Woche bis zu zwei Stunden gereinigt. Vorausgesetzt, die Wohnung war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

e) Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische und Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Die Kosten für eine externe Unterbringung übernehmen wir auf Nachweis bis max. 300 EUR. Sofern keine externe Unterbringung notwendig ist, übernehmen wir die Kosten für die Inhousebetreuung durch einen Tiersitter auf Nachweis bis max. 150 EUR.

3.3 Personenbezogene Hilfsleistungen

a) **Begleitung bei Arzt- und Behördengängen**

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu vier Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

b) **Fahrdienst zu Ärzten, zu Behörden, zur Krankengymnastik oder zu Therapien**

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu sechs Monate die versicherte Person bei Arztbesuchen, bei Behördengängen, bei Krankengymnastik und Therapien in einem Umkreis von 50 km vom ständigen Wohnsitz gebracht und wieder abgeholt. Bei Arztbesuchen und Behördengängen nur, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

c) **Grundpflege**

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu vier Wochen eine Grundpflege. Die Grundpflege ist begrenzt auf drei Stunden pro Tag bzw. 21 Stunden pro Woche. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

d) **24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten**

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft vorbeischickt zur entsprechenden Hilfsleistung.

e) **Pflegeberatung**

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt, zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze und zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.

f) **Pfleges Schulung**

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

g) **Hausnotruf**

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen – entsprechender Strom- und Stromanschluss in der Wohnung – vorhanden sind.

3.4 Sonstige Hilfsleistungen

Folgende Hilfsleistungen vermitteln wir, ohne dass wir die Kosten für diese Hilfsleistungen selbst übernehmen:

a) **Vermittlung von Pflegehilfsmitteln**

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen, etc.) werden der versicherten Person vermittelt.

b) **Pflegeplatzgarantie**

In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.

c) **Gartenpflege**

Wir vermitteln die Pflege des Gartens der versicherten Person.

Wie lange und in welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?

4.1 Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Ziffer 2.1 aufgrund eines Unfalls bei der versicherten Person besteht, längstens jedoch für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall.

4.2 Unsere Hilfsleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen oder ersetzende Geldleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung bezogen werden. Das gilt auch, wenn dafür Selbstbehalte oder Zuzahlungen zu erbringen sind. Unsere Leistungen enden insgesamt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung eine Pflegestufe anerkennt und Geldleistungen gewährt werden.

4.3 Eine Minderung der Hilfsleistungen nach Ziffer 3 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) findet nicht statt.

Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Partner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person?

5.1 Voraussetzung für die Leistung

- a) Betreut die versicherte Person einen Ehe- oder Lebenspartner, Verwandten ersten Grades oder Schwiegereltern, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege, und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, erbringen wir Hilfsleistungen auch für diese Person.
- b) Voraussetzung ist, dass für diese Person vor dem Versicherungsfall eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.

5.2 Dauer der Leistung

- a) Die Betreuung der zu pflegenden Person übernehmen wir, solange die versicherte Person dazu nicht in der Lage ist; längstens jedoch für einen Zeitraum von **sechs** Monaten nach dem Unfall.
- b) Unsere Hilfsleistungen für diese Personen erbringen wir, solange die versicherte Person selbst Leistungen beanspruchen kann (Ziffer 4.).
- c) Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen, erbringen wir unsere Hilfsleistungen bis zu einem Monat nach dem Unfall. Diese zeitliche Beschränkung unserer Leistung gilt nicht, wenn innerhalb dieses Monats bei der gesetzlichen Pflegeversicherung die Geldleistungen auf Sachleistungen vollumfänglich umgestellt werden.
- d) Wir leisten Hilfe in dem Umfang, für den über die von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Sachleistungen hinaus Bedarf besteht.

Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe 2 und 3) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (siehe Anhang 1, BBU-Unfall, Hilfe- und Pflegeleistungen SHB).
- 6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 6.3 Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Hilfsleistungen ausgeschlossen?

- 7.1 Die Ausschlüsse gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB), der besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU-Klassik SHB 2010 und BBU-Komfort SHB 2010) gelten analog.
- 7.2 Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls nicht pflegeversichert ist.

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB) gelten folgende Obliegenheiten:

- 8.1 Die versicherte Person hat uns umfassend und wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand zu informieren. Sachdienliche Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind, müssen Sie und die versicherte Person uns in gleicher Weise erteilen. Während der Leistungserbringung müssen Sie und die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.
- 8.2 Entspricht eine Hilfsbedürftigkeit voraussichtlich einer Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen. Die Anerkennung oder Ablehnung einer Pflegestufe müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

- 8.3** Eine Obliegenheitsverletzung kann Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Verletzen Sie eine Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Welche Eintrittspflicht gilt für Leistungen aus der Unfallversicherung?

Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 3. ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die für die jeweiligen Leistungsarten geltenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010 SHB).

Welche Kosten übernehmen wir und wie sind die Rechtsverhältnisse zu den Dienstleistern?

Wie beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Wir übernehmen die Kosten nur für solche Leistungen nach Ziffer 3.2 und 3.3, die von uns in Auftrag gegeben wurden. Dabei werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Für Leistungen, die wir nach Ziffer 3.4 lediglich vermitteln oder für andere Leistungen, die von Ihnen selbst in Auftrag gegeben wurden, übernehmen wir keine Kosten. Vertragliche Beziehungen kommen nur zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

Mitversicherung der Familienhilfe

Sind Hilfsleistungen versichert, erbringen wir ergänzend im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs die Leistungen der Familienhilfe.

1. Was sind die Voraussetzungen für die Familienhilfe?

Führt ein bedingungsgemäßer Unfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden Kinder / Enkelkinder (leibliche, Adoptiv- und/oder Pflegekinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erbringen wir die Leistungen der Familienhilfe und berücksichtigen dabei, was vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht wurde und unfallbedingt nicht mehr erbracht werden kann und was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitszustands notwendig und üblich ist. Dabei berücksichtigen wir auch, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Familienhilfe in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diese nicht berechnete Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen.

2. Was sind die Leistungen der Familienhilfe?

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 1.

2.1. Kinderbetreuung und -versorgung

- a) Die Kinder werden beaufsichtigt (Kinderbetreuung); bei der Erledigung der Hausaufgaben unterstützt, sofern es im Bereich der Möglichkeiten der betreuenden Person liegt; in ihrem häuslichen Umfeld versorgt in den Bereichen Körperpflege (nicht medizinischer Art), Ernährung, Kleiden und Betten (Kinderversorgung).
- b) Werden Leistungen zur Kinderversorgung erbracht und sind dabei Leistungen der Haushaltsführung in den Bereichen Kochen, Einkaufen und Besorgungen, Wäsche und Wohnungsreinigung erforderlich (haushaltsbezogene Kinderversorgung), gilt Ziffer 3.2 der Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen für Erwachsene entsprechend mit folgenden Erweiterungen:

Menüservice:

- Wir versorgen alle im Haushalt lebenden leiblichen, Adoptiv- und/oder Pflegekinder mit einem täglichen Mittagsmenü, das aus einem Menüsortiment ausgewählt werden kann.
- Erledigung von Einkäufen und Besorgungen. Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu zwei Stunden.

Wäscheservice:

- Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu drei Stunden.

Wohnungsreinigung:

- Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu drei Stunden.

Werden diese Leistungen im Rahmen der haushaltsbezogenen Kinderversorgung erbracht, leisten wir darüber hinaus keine entsprechenden Hilfsleistungen für die versicherte Person mit Ausnahme des Menüservices.

- c) Die Leistungen zur Kinderbetreuung und -versorgung erbringen wir bis zu acht Stunden am Tag zwischen 6:00 h und 22:00 h, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten ausschließlich unfallbedingte Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfallereignis, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht. Bei einer 24stündigen Anwesenheit (inklusive freier Unterkunft und Verpflegung im Haushalt) beträgt die Arbeitszeit acht Stunden.

2.2. **Mobilitätsleistung**

Wir holen bzw. bringen die Kinder von bzw. zu der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen sowie entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden, Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Haushalt der versicherten Person. Sofern erforderlich, stellen wir in Verbindung mit Fahrten von und zu Arztterminen eine Begleitperson. Die Leistung für alle Fahrdienste je Unfallereignis ist insgesamt begrenzt auf 1.500 EUR.

2.3. **Familienhilfe-Plan, Hotline**

- a) Der genaue Betreuungsbedarf (Art, Umfang, zeitliche Abfolge und Dauer) erfolgt in Absprache mit dem Versicherungsnehmer bzw. den Familienangehörigen durch den eingesetzten Dienstleister. Dieser legt die Arbeitszeiten, Arbeitseinteilung und sonstige Abläufe gemäß den Erfordernissen eigenständig fest und stimmt diese – soweit möglich – mit dem Versicherungsnehmer bzw. seiner Familie ab.
- b) Für den Zeitraum, in dem wir Leistungen der Familienhilfe erbringen, stellen wir eine Rufnummer zur Verfügung, um kurzfristig notwendig gewordene Änderungen der Familienhilfe entgegen nehmen zu können. Die Rufannahme erfolgt rund um die Uhr, die Bearbeitung ggf. am nächsten Werktag.

3. **Wie lange erbringen wir unsere Leistungen?**

3.1. Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe längstens für einen Zeitraum von 21 Tagen ab dem Unfall. Bei der Berechnung des 21-Tage-Zeitraums zählt der Unfalltag mit.

3.2. Unsere Leistungen enden, sofern und soweit diese von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Im Einzelnen gilt Ziffer 4 der Besonderen Bedingungen für Hilfsleistungen entsprechend.

4. **Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheit)?**

Ergänzend zu Ziffer 8 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen gilt:

- 4.1. Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe spätestens innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.
- 4.2. Bei Beginn der Leistungserbringung sind wir über den Gesundheitszustand der im Rahmen der Familienhilfe versicherten Kinder (vgl. Ziffer 1.) umfassend zu informieren. Während der Leistungserbringung sind uns Änderungen des Gesundheitszustands dieser Kinder unverzüglich anzuzeigen.
- 4.3. Eine Obliegenheitsverletzung kann Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Verletzen Sie eine Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

5. **Weitere Bestimmungen.**

Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten für die Mitversicherung der Familienhilfe die besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen entsprechend.

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Unfallversicherung (AUB 2010 SHB).



Anhang 1 zu BBU-Unfall, Hilfe- und Pflegeleistungen SHB § 15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit

1. Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
4. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.