

Versicherungsbedingungen für Ihre



Unfallversicherung Basis

Das Wichtigste in Kürze:



Ihre Unfallversicherung schützt die versicherte Person vor den finanziellen Folgen eines Unfalls. Sie leistet bei Unfällen im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet. Unser Unfallberater hilft nach einem versicherten Unfall rund um die Uhr.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Versicherungsbedingungen. Sie setzen sich zusammen aus den Regelungen zur Unfallversicherung sowie den jeweils dazu abgeschlossenen Zusatzbausteinen und dem "Berufsgruppenverzeichnis".

Diese Versicherungsbedingungen, der Antrag und der Versicherungsschein legen den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente. Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen daher gründlich durch. Bewahren Sie diese sorgfältig auf. Vor allem nach einem Unfall können Sie dann alles Wichtige noch einmal nachlesen.



Was tun, wenn ein Unfall passiert ist? Bitte benachrichtigen Sie uns oder Ihren Unfallberater möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen. Wie Sie uns erreichen können, finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein. Oder informieren Sie sich online auf www.allianz.de.



Was ist was? - Wichtige Begriffe

Wir möchten, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb dienen die folgenden rechtlich unverbindlichen Begriffserläuterungen Ihrem besseren Verständnis. Außerdem erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele.

Wichtige Begriffe	Was ist das genau?
Versicherungsnehmer	Das sind Sie als unser Vertragspartner.
Versicherte Person	Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.
Ausschlüsse	Nicht alles was passiert, ist vom Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung umfasst. Was nicht versichert ist, erklären wir Ihnen im Abschnitt Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen. Nicht versichert sind beispielsweise Unfälle im Zusammenhang mit der Ausübung von Straftaten. Weitere Leistungseinschränkungen können sich unter anderem auch aus dem Unfallbegriff und der Beschreibung der versicherten Leistungen ergeben.
Obliegenheiten	Obliegenheiten beschreiben sämtliche Verhaltenspflichten, die Sie und die versicherten Personen beachten müssen. Sie müssen beispielsweise Auskünfte wahrheitsgemäß erteilen oder uns den Versicherungsfall unverzüglich mitteilen. Wenn Sie Obliegenheiten verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.



Für den schnellen Überblick:

Hier erfahren Sie, was in Ihren Versicherungsbedingungen wo geregelt ist.

Inhaltsverzeichnis

	Unfallversicherung Basis	6
1	Wer ist versichert?	6
2	Was ist versichert und was ist nicht versichert?	6
2.1	In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?	6
2.1.1	Grundsatz	6
2.1.2	Definition Unfall (Unfallbegriff)	6
2.1.3	Was darüber hinaus als Unfall gilt (erweiterter Unfallbegriff)	6
2.2	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	8
2.2.1	Ausgeschlossene Unfälle	8
2.2.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	9
3	Wo und wann bin ich versichert?	10
4	Was leisten wir im Versicherungsfall?	10
4.1	Welche Leistungen sind versichert? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungen?	10
4.1.1	Invaliditätsleistung	11
4.1.2	[entfällt]	14
4.1.3	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Krankentransport	14
4.1.4	Kosten für kosmetische Operationen	14
4.2	Wann hilft der Unfallberater? Welche Unterstützungs- und Beratungsleistungen erbringen wir?	15
4.2.1	Leistungen des Unfallberaters	15
4.2.2	Unterstützungs- und Beratungsleistungen	15
4.2.3	Für welche Dienstleister übernehmen wir die Kosten?	18
4.3	Welche zusätzlichen Leistungen sind versichert?	18
4.3.1	Familien-Vorsorge	18
4.3.2	Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers	19
4.4	Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen	19
4.4.1	Krankheiten und Gebrechen	19
4.4.2	Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	19
4.5	Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads	19
4.5.1	Wann sind unsere Leistungen fällig?	19
4.5.2	Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?	20
4.6	Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander	20
4.6.1	Versichert ist ein Dritter, z. B. ein Familienangehöriger (Fremdversicherung)	20
4.6.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	20
4.6.3	Bezugsrecht	20
5	Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?	21
5.1	Obliegenheiten nach einem Unfall	21
5.2	Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen (Pflichtverletzungen)	21
6	Was passiert, wenn sich bei mir oder der versicherten Person etwas ändert?	22
6.1	Anpassung des Versicherungsschutzes bei Vollendung des 18. Lebensjahres	22
6.1.1	Umstellung auf Erwachsenentarif	22
6.1.2	Wahlrecht	22
6.2	Anpassung des Versicherungsschutzes bei Vollendung des 55. Lebensjahres	22
6.2.1	Jährliche Erhöhung des Beitrags	22
6.2.2	Entfallen des Zusatzbausteins Dynamik (sofern abgeschlossen)	22
6.2.3	Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit	22
6.2.4	Wirksamwerden der Änderungen	22
6.2.5	Information über die Änderungen	22
6.2.6	Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung	22
6.3	Änderung der Berufstätigkeit	22
6.3.1	Mitteilung der Änderung	22

6.3.2	Auswirkungen der Änderung	23
7	Wie und wann passen wir den Beitrag bei verändertem Schadenbedarf an?	23
7.1	Anpassung bei verändertem Schadenbedarf	23
7.2	Jährliche Überprüfung des Schadenbedarfs	23
7.3	Recht zur Beitragserhöhung; Pflicht zur Beitragssenkung	23
7.4	Überprüfung der Anpassung durch unabhängigen Treuhänder	23
7.5	Wirksamwerden der Beitragsanpassung	23
7.6	Unterbleiben einer Beitragsanpassung	23
7.7	Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung	23
8	Welche Regelungen gelten noch für meinen Vertrag?	24
8.1	Beginn des Versicherungsschutzes	24
8.2	Beitragszahlung: Fälligkeit der Versicherungsbeiträge	24
8.2.1	Erster oder einmaliger Beitrag	24
8.2.2	Folgebeiträge	24
8.2.3	Zahlungsperiode	24
8.2.4	Zahlungsweise	24
8.3	Ende des Vertrags und Kündigung zum Ablauf	24
8.3.1	Vertragsdauer	24
8.3.2	Automatische Verlängerung	24
8.3.3	Kündigung zum Ablauf	24
8.3.4	Textform	24
8.4	Umstellung auf aktuelle Allianz Versicherungsbedingungen	24
8.5	Kündigung im Versicherungsfall	25
8.5.1	Kündigungsrecht	25
8.5.2	Kündigungserklärung	25
8.5.3	Form der Kündigung	25
8.5.4	Wirksamwerden der Kündigung	25
8.6	An wen Sie Beschwerden richten können	25
8.6.1	Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler	25
8.6.2	Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen	25
8.6.3	Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht	26
8.6.4	Rechtsweg	26
8.7	Anwendbares Recht und zuständiges Gericht	26
8.7.1	Deutsches Recht	26
8.7.2	Zuständiges Gericht	26
8.8	Digitale Vertragskommunikation	26
	Zusatzbaustein Rundum Service	27
1	Was ist versichert und was ist nicht versichert?	27
1.1	Hilfs- und Serviceleistungen bei Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person	27
1.2	Geltungsbereich der Leistung	27
1.3	Hilfs- und Serviceleistungen für die versicherte Person	27
1.3.1	Voraussetzungen für die Leistung	27
1.3.2	Art und Umfang der Hilfs- und Serviceleistungen	27
1.3.3	Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung	29
1.4	Leistungen für pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person	29
1.4.1	Voraussetzungen für die Leistung	29
1.4.2	Umfang und Dauer der Leistung	30
1.5	Leistungen für im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder (Familienhilfe)	30
1.5.1	Voraussetzungen für die Leistung	30
1.5.2	Art und Umfang der Familienhilfe	30
1.5.3	Dauer der Leistung	31
1.6	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	31
1.6.1	Nicht versicherbare Personen (Versicherungsunfähigkeit)	31
1.6.2	Ausgeschlossene Unfälle	31
2	Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?	32
	Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz	33
1	Was ist versichert und was ist nicht versichert?	33
1.1	Invalidität des Kindes aufgrund von Krankheit oder Unfall	33
1.2	Leistungen bei Invalidität des Kindes	33
1.2.1	Voraussetzungen für die Leistung	33

1.2.2	Art und Höhe der Leistung	34
1.3	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	34
1.3.1	Einfluss einer vor Vertragsbeginn bestehenden Invalidität auf den Vertrag.....	34
1.3.2	Ausgeschlossene Beeinträchtigungen und Risiken	34
2	Wann ist unsere Leistung fällig?	35
2.1	Erklärung über die Leistungspflicht	35
2.2	Fälligkeit der Leistung	35
3	Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?	35
4	Wann endet der Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz ohne Kündigung?	36
4.1	Vollendung des 18. Lebensjahres	36
4.2	Eintritt der Invalidität und Erbringen der Versicherungsleistung.....	36
	Zusatzbaustein Unfallrente.....	37
1	Was leisten wir im Versicherungsfall?	37
1.1	Voraussetzungen für die Leistung	37
1.2	Art und Höhe der Leistung	37
1.3	Beginn, Dauer und Ende der Leistung	37
1.3.1	Beginn der Leistung	37
1.3.2	Dauer und Ende der Leistung	37
1.4	Gewinnbeteiligung bei laufender Rentenzahlung.....	37
1.4.1	Herkunft der Gewinnbeteiligung	37
1.4.2	Art der Gewinnbeteiligung	38
1.4.3	Höhe der Gewinnbeteiligung	38
1.4.4	Erträge.....	38
2	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	38
3	Wann ist unsere Leistung fällig und wann kann die Invalidität neu bemessen werden?.....	38
	Zusatzbaustein Akutleistung	39
1	Was leisten wir im Versicherungsfall?	39
1.1	Voraussetzungen für die Leistung	39
1.2	Art und Höhe der Leistung	39
1.2.1	Knochenbruch (Fraktur)	40
1.2.2	Zerreißung (Ruptur).....	40
	Zusatzbaustein Krankenhaustagegeld	41
1	Was leisten wir im Versicherungsfall?	41
1.1	Voraussetzungen für die Leistung	41
1.2	Höhe und Dauer der Leistung	41
2	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	41
2.1	Minderung des Krankenhaustagegelds	41
2.2	Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent	41
2.3	Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch.....	41
3	Wann ist unsere Leistung fällig?	41
	Zusatzbaustein Dynamik	42
1	Wie werden Leistung und Beitrag angepasst (Dynamik)?	42
1.1	Von der Dynamik umfasste Leistungen.....	42
1.2	Umfang der Erhöhung	42
1.3	Rundung der Versicherungssummen.....	42
1.4	Geltung der erhöhten Versicherungssummen.....	42
1.5	Erhöhung des Beitrags.....	42
1.6	Mitteilung über Erhöhung, Widerspruch	42
1.7	Widerruf der Dynamik für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags.....	43
2	Wann entfällt der Zusatzbaustein Dynamik?	43
2.1	Entfall bei Vollendung des 55. Lebensjahres	43

2.2	Entfall im Rahmen der Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers ..	43
	Anhang: Berufsgruppenverzeichnis	44



Unfallversicherung Basis

1 Wer ist versichert?

Versicherungsschutz besteht für die im Vertrag versicherten Personen. Das können Sie als Versicherungsnehmer selbst und andere Personen sein.

Bitte beachten Sie:

Welche Person versichert ist, steht in Ihrem Versicherungsschein.

2 Was ist versichert und was ist nicht versichert?

2.1 In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?

2.1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags.

2.1.2 Definition Unfall (Unfallbegriff)

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

2.1.3 Was darüber hinaus als Unfall gilt (erweiterter Unfallbegriff)

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

Unfallereignis	Was fällt darunter?
Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung	Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere Eigenbewegung • ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt Beispiel: Die versicherte Person stützt einen Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk. • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt Beispiel: Die versicherte Person zieht sich bei einer Gymnastikübung eine Muskelzerrung am Oberschenkel zu. Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst und es besteht insoweit kein Versicherungsschutz. • einen Knochen bricht Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne erkennbare äußerliche Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.
Oberschenkelhalsbruch	Als Unfall gilt auch ein Oberschenkelhalsbruch, unabhängig von seiner Ursache. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur.
Zeckenstiche	Versichert sind auch Infektionen, die durch Zeckenstiche übertragen werden. Beispiel: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Borreliose Bei einem Zeckenstich gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer sonstigen Leistungsansprüche: Die Fristen beginnen nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.
Impfschäden	Versichert sind auch Impfschäden durch Impfungen gegen Infektionen. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 2.1.2.

Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	Als Unfall gilt auch Folgendes: Die versicherte Person nimmt Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, die sie erleidet bei • rechtmäßiger Verteidigung oder • der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen.
Tauchen	Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen beim Tauchen. Dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschädigungen, wenn diese nicht durch einen Unfall verursacht sind. Beispiel: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen
Erfrieren, Ertrinken oder Erstickten	Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch • Erfrieren, • Ertrinken oder Erstickten unter Wasser.
Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel	Versichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch ausströmende • Dämpfe, • Gase oder • sonstige schädliche Mittel. Beispiel: Säuren, Staubwolken oder Gifte Voraussetzung ist: Die versicherte Person war diesen Einwirkungen unfreiwillig und nicht andauernd ausgesetzt. Nicht versichert sind deshalb Gesundheitsschädigungen, die auf eine andauernde allmähliche Einwirkung zurückzuführen sind. Andauernd ist eine Einwirkung dann, wenn diese - auch mit Unterbrechungen - mehr als sieben Tage anhält.
Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff	Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von • Flüssigkeit, • Nahrungsmitteln oder • Sauerstoff. Voraussetzung ist: Die versicherte Person war dem Entzug unfreiwillig ausgesetzt und konnte sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen.
Gesundheitsschäden durch Strahlen infolge der Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit	Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch • Röntgenstrahlen, • Laserstrahlen sowie • künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat diese infolge der Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit erlitten. Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eingetreten sind.
Infektionen bei bestimmten Berufen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten	Versichert sind Infektionen, wenn sich die versicherte Person infolge der Ausübung einer der folgenden Berufe infiziert hat: • Arzt, Apotheker, Krankenpfleger, Notfallsanitäter, Physiotherapeut, Psychotherapeut und andere staatlich geregelte Heilberufe • Arzthelfer und anderes Heilpersonal • Hebamme • Altenpfleger • medizinisch-technischer Assistent, pharmazeutisch-technischer Assistent • Tierarzt • Chemiker und Desinfektoren • Zahnarzt, Zahntechniker • Heilpraktiker • Berufsfeuerwehrleute, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehren (im Einsatz), Mitglieder des Technischen Hilfswerks (im Einsatz) • Vollzugsbeamte sowie -bedienstete von Bundespolizei, Polizei, Zoll, Justiz und Strafvollzug Versichert sind auch Personen, die sich in Ausbildung (Studium, Berufsausbildung) zu einem dieser Berufe befinden. Außerdem mitversichert sind Personen, die diese Tätigkeiten ehrenamtlich ausüben. Die Krankheitserreger müssen auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt sein: • Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein. Beispiel: Infektion mit Hepatitis infolge einer offenen Wunde • plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

	Beispiel: Fallenlassen eines Reagenzglases mit Bakterienkulturen und Anspritzen mit Keimen Kein Versicherungsschutz besteht deshalb bei Tröpfcheninfektionen, Schmierinfektionen oder bei der Übertragung von Viren oder Bakterien mittels Luft. Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose sind jedoch auch in diesen Fällen versichert. Bei Infektionen gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche: Die Invalidität aufgrund der Infektion muss innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall • eintreten, • von einem Arzt schriftlich festgestellt und • bei uns geltend gemacht werden.
Opfer von Straftaten	Versichert sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen infolge einer Straftat, die sich gegen die versicherte Person richtet. Beispiel: Die versicherte Person wird Opfer eines Raubüberfalls und hierbei verletzt.
Geiselnahme	Versichert sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen infolge einer Geiselnahme der versicherten Person durch Dritte. Versichert sind auch sonstige Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person während des Zeitraums erleidet, in dem sie sich in der Gewalt Dritter befindet. Beispiele: • medizinisch nachgewiesene Folgen des Entzugs von Nahrungsmitteln oder Medikamenten • die unsachgemäße Verabreichung von Pharmaka oder anderen Stoffen (zum Beispiel Drogen, Arzneimittel)
Raufhändeln und Schlägereien	Versichert sind auch folgende Unfälle: • Unfälle bei Raufhändeln und Schlägereien. Voraussetzung ist: Die versicherte Person ist nicht Urheber oder gerät in Ausübung ihres Berufs in diese Auseinandersetzung. • Unfälle bei Aufruhr, inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen. Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat nicht aktiv an dem Aufruhr bzw. an den inneren Unruhen oder sonstigen Gewalttätigkeiten teilgenommen.
Pediküre, Maniküre, Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut	Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch • Pediküre, • Maniküre oder • Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut.

2.2 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung umfasst. In diesem Abschnitt finden Sie Ausschlüsse und Einschränkungen, bei denen kein Versicherungsschutz besteht.

Bitte beachten Sie:

Einschränkungen Ihres Versicherungsschutzes können sich unter anderem auch aus der Beschreibung der versicherten Unfälle und der versicherten Leistungen ergeben. Bitte beachten Sie insbesondere die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 4.4).

2.2.1 Ausgeschlossene Unfälle

Nicht versichert sind folgende Unfälle:

Ausschlüsse	Was fällt darunter?
Bewusstseinsstörungen	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese • alkoholbedingt sind und der Unfall beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintritt oder • auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist. Beispiele: Die versicherte Person

	• balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab • kommt unter Alkoholeinfluss von 1,4 Promille mit dem Fahrzeug von der Straße ab
Vorsätzliche Straftaten	Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. <u>Ausnahme:</u> Dieser Ausschluss gilt nicht bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung "in allen Angelegenheiten", wenn • die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug führt, ohne die Fahrerlaubnis dafür zu haben. Voraussetzung ist: Sie hat keine weitere Straftat begangen, um die Fahrt zu ermöglichen. • der Unfall durch die Herstellung oder den Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt.
Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse	Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. <u>Ausnahme:</u> Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. <u>Diese Ausnahme gilt nicht:</u> • bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht • für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg • für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. <u>Ausnahme:</u> • Unfälle der versicherten Person bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Rennen mit Motorfahrzeugen, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist Beispiel: Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage • Unfälle der versicherten Person bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es allein um das Einhalten einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
Kernenergie	Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

2.2.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Nicht versichert sind außerdem folgende Gesundheitsschäden:

Ausschlüsse	Was fällt darunter?
Bandscheibenschäden, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen	Nicht versichert sind Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. <u>Ausnahme:</u> Ein Unfallereignis nach Ziffer 2.1.2 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht und für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Gesundheitsschäden durch Strahlen	Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. <u>Ausnahme:</u> Die versicherte Person erleidet einen Gesundheitsschaden infolge der Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit nach Ziffer 2.1.3 ("Gesundheitsschäden durch Strahlen infolge der Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit"). In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen	Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen. <u>Ausnahme:</u> Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
Infektionen	Nicht versichert sind Infektionen. <u>Ausnahme:</u> Die versicherte Person infiziert sich • mit Tollwut oder Wundstarrkrampf • mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen. • durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach Ziffer 2.2.2 ("Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen") ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht • durch einen Zeckenstich nach Ziffer 2.1.3 ("Zeckenstiche") • infolge der Ausübung bestimmter Berufe oder ehrenamtlicher Tätigkeiten nach Ziffer 2.1.3 ("Infektionen bei bestimmten Berufen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten") In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
Vergiftungen durch Nahrungsmittel	Nicht versichert sind Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen	Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Beispiel: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall, Angstzustände des Opfers einer Straftat <u>Ausnahme:</u> Wenn ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis zu einer hirnnorganischen Verletzung geführt hat und diese die überwiegende Ursache der psychischen Störung ist. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Beispiel: Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma führt zu erheblichen Konzentrationsstörungen.

3 Wo und wann bin ich versichert?

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

4 Was leisten wir im Versicherungsfall?

4.1 Welche Leistungen sind versichert? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungen?

Im Folgenden beschreiben wir unsere Leistungen und deren Voraussetzungen.

In den Zusatzbausteinen können weitere Leistungen geregelt sein, die Sie zusätzlich abgeschlossen haben.

Bitte beachten Sie:

Versichert sind nur diejenigen Leistungen und Versicherungssummen, für die Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Welche Leistungen und Versicherungssummen Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

4.1.1 Invaliditätsleistung

4.1.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

(2) Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent (Mindestinvaliditätsgrad)

Wir zahlen die Invaliditätsleistung nur dann, wenn der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 50 Prozent (Mindestinvaliditätsgrad) beträgt. Voraussetzung dabei ist, dass sich diese Invalidität ohne eine bereits vor dem Unfall bestehende Invalidität und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen im Sinne von Ziffer 4.4 ergibt.

(3) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

(4) Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

(5) Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

4.1.1.2 Art und Höhe der Leistung

(1) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

(2) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind (siehe Absatz a),
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (siehe Absatz b).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (siehe Ziffer 4.5.2).

a) Gliedertaxe

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

Körperteil/Sinnesorgan	Welcher Invaliditätsgrad gilt?
Arm	70 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein	70 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

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

b) Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

(3) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Absatz 2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

(4) Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

(5) Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt (siehe Ziffer 4.1.1.1 Absatz 5).

Es müssen die Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 4.1.1.1 erfüllt sein. Wir leisten dann nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

4.1.1.3 Progressive Invaliditätsstaffel 500

(1) Voraussetzungen

Mit der Progressiven Invaliditätsstaffel 500 wird Ihre Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 4.1.1.1 und 4.1.1.2 sowie nach Ziffer 4.4 ermittelt.

(2) Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, errechnen sich für die zu ermittelnde Invaliditätsleistung zusätzlich zwei Prozent.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere fünf Prozent aus der Versicherungssumme.

Unter Berücksichtigung des Mindestinvaliditätsgrads (siehe Ziffer 4.1.1.1 Absatz 2) wirkt sich dies auf die Höhe der Invaliditätsleistung wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme (Leistung ab 50 % Invalidität)	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme (Leistung ab 50 % Invalidität)
%	%	%	%
1 - 49	0	69	252
50	100	70	260
51	108	71	268
52	116	72	276
53	124	73	284
54	132	74	292
55	140	75	300
56	148	76	308
57	156	77	316
58	164	78	324
59	172	79	332
60	180	80	340
61	188	81	348
62	196	82	356
63	204	83	364
64	212	84	372
65	220	85	380
66	228	86	388
67	236	87	396
68	244	88	404

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme (Leistung ab 50 % Invalidität)	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme (Leistung ab 50 % Invalidität)
%	%	%	%
89	412	95	460
90	420	96	468
91	428	97	476
92	436	98	484
93	444	99	492
94	452	100	500

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig. Das führt bei der versicherten Person nach der Gliedertaxe zu einer Invalidität von 70 Prozent. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro erbringen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 260.000 Euro.

4.1.2 [entfällt]

4.1.3 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Krankentransport

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden für:

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dies gilt auch, wenn ein Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
- den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz. Voraussetzung ist: Die Mehrkosten gehen auf ärztliche Empfehlung zurück oder waren nach der Verletzungsart unvermeidbar.
- die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person
- die Nachreise und Unterbringung einer der versicherten Person nahe stehenden Person. Voraussetzung ist: Die versicherte Person befindet sich mindestens zehn Tage unfallbedingt im Krankenhaus.
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt im Ausland, ersetzen wir alternativ die Kosten für die Bestattung in diesem Land. Als Ausland gilt jedes Land, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Voraussetzung für die Leistung ist auch: Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, gilt: Sie können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangen.

4.1.4 Kosten für kosmetische Operationen

(1) Voraussetzungen für die Leistung

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

Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Beschädigung von Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operationen. Nicht versichert sind Reparaturen an und Wiederherstellung von herausnehmbaren Zähnen und Gebissen.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt oder Zahnarzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls minderjährig, gilt: Die kosmetische Operation kann auch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres erfolgen.

Voraussetzung ist auch: Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten folgende nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme:

- Arzt- bzw. Zahnarzthonorare und sonstige Operationskosten
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, gilt: Kosten kosmetischer Operationen können Sie nur aus einem dieser Verträge verlangen.

4.2 Wann hilft der Unfallberater? Welche Unterstützungs- und Beratungsleistungen erbringen wir?

4.2.1 Leistungen des Unfallberaters

Nach einem Unfall können Sie sich 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche an den Unfallberater wenden.

Der Unfallberater berät bei allen Fragen zu den versicherten Leistungen. Er koordiniert und organisiert die Unterstützungs- und Beratungsleistungen nach Ziffer 4.2.2.

4.2.2 Unterstützungs- und Beratungsleistungen

4.2.2.1 Notfallleistungen

Im Falle eines Unfalls der versicherten Person erbringen wir die nachfolgend beschriebenen Leistungen.

Bitte beachten Sie:

Die Leistungen erbringen wir nur, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

(1) Benachrichtigen der Angehörigen

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen der versicherten Person. Im Falle schwerster Verletzung der versicherten Person benachrichtigen wir die Angehörigen nach Information durch den Arzt oder das Pflegepersonal.

(2) Benennen eines geeigneten Krankenhauses

Wir benennen das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zur Behandlung der Verletzung der versicherten Person. Falls erforderlich, nehmen wir Kontakt mit der Klinik auf und besprechen die von der versicherten Person gewünschte Unterbringung.

(3) Organisation der Verlegung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus

Beindet sich die versicherte Person in einem Krankenhaus, das die erforderliche medizinische Behandlung nicht oder nur bedingt durchführen kann,

- prüfen wir, wo sich die nächstgelegene geeignete Klinik befindet und
- organisieren auf Wunsch der versicherten Person und nach Rücksprache mit dem Leistungsträger (zum Beispiel Krankenversicherung) die Verlegung.

(4) Zusätzliche Hilfe bei Unfällen während einer Auslandsreise

Bei Unfällen der versicherten Person während einer Auslandsreise erbringen wir zusätzlich die nachfolgenden Leistungen:

a) Organisation Krankenrücktransport bei medizinischer Notwendigkeit

Stellen wir eine medizinische Notwendigkeit fest, organisieren wir den Krankenrücktransport in ein in Deutschland gelegenes Krankenhaus. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt

- wählen wir das Transportmittel aus,
- entscheiden über etwaiges Begleitpersonal und
- legen Ziel und Zeitpunkt des Rücktransports fest.

b) Dolmetscherleistungen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person unterstützen wir wie folgt:

Wir setzen uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und klären

- die Verletzungsfolgen,
- die beabsichtigte Behandlung und
- den erhofften Heilverlauf.

Die versicherte Person informieren wir in ihrer Muttersprache.

c) Information über Pflegeklassen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person informieren wir über die bestehenden Pflegeklassen und deren Kosten.

d) Verlust der Ausweispapiere

Gehen Ausweispapiere verloren oder werden Kautionen gefordert, um die Ausreise zu ermöglichen, unterstützen wir wie folgt:

- Wir helfen bei der Ersatzbeschaffung der Papiere sowie bei der Hinterlegung der Kaution und
- benennen, soweit möglich, deutsch- oder englischsprachige Anwälte.

(5) Reisemedizinische Beratung

Vor einer Auslandsreise erhält die versicherte Person von uns auf Wunsch ärztliche Tipps zur Ausstattung ihrer Reiseapotheke sowie Informationen über empfohlene Schutzimpfungen.

4.2.2.2 Wieder-Fit-Leistungen

Wir unterstützen die versicherte Person, die gesundheitlichen Folgen eines Unfalls bestmöglich zu beseitigen oder zu kompensieren.

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Unfallbedingte Gesundheitsschädigung

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Gesundheitsschädigung geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Wieder-Fit-Leistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

c) Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, schränken wir unsere Wieder-Fit-Leistungen nicht ein.

d) Keine Leistungen durch andere Leistungsträger

Die versicherte Person erhält die nachfolgenden Leistungen nur, sofern und soweit diese nicht von anderen Leistungsträgern übernommen werden. Andere Leistungsträger sind insbesondere Sozialversicherungsträger.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir erbringen folgende Wieder-Fit-Leistungen:

Leistung	Was ist das genau?
Beratung und Erstellung eines individuellen Wieder-Fit-Konzepts	Nach einem Unfall unterstützen wir die versicherte Person wie folgt: • Wir beraten über unser Angebot an Wieder-Fit-Leistungen. • Wir erstellen gemeinsam mit der versicherten Person oder ihren Angehörigen ein individuelles therapeutisches Konzept. Das beinhaltet: - eine Situationsanalyse - die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs • Wir koordinieren die einzelnen Leistungen und begleiten die versicherte Person bei der Rehabilitation. • Wir informieren über mögliche Ansprüche gegenüber deutschen Sozialversicherungsträgern.
Behandlungs- und Therapiemaßnahmen	Wir beraten über geeignete ambulante sowie stationäre Behandlungen, Therapien und Reha-Maßnahmen. Außerdem koordinieren wir diese. Die Kosten für die durchgeführten Behandlungen übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.
Ärztliche Zweitmeinung	Wir koordinieren die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung. Die Kosten übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.
Termine beim Spezialisten	Wir vereinbaren Termine bei Spezialisten.
Psychologische Behandlung	Wir beraten über geeignete psychologische Behandlungen und Therapien. Außerdem koordinieren wir diese. Die Kosten für die durchgeführten Behandlungen übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.

(3) Höhe und Dauer der Leistung

a) Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten für die versicherten Leistungen insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme. Dies gilt jedoch nur für die Kosten für solche Leistungen, die wir selbst koordiniert haben. Der versicherte Höchstbetrag gilt für alle Leistungen zusammen.

b) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

4.2.2.3 Hilfsmittel

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 4.1.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsmitteln aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

c) Keine Leistungen durch andere Leistungsträger

Die versicherte Person erhält die nachfolgenden Leistungen nur, sofern und soweit diese nicht von anderen Leistungsträgern übernommen werden. Andere Leistungsträger sind insbesondere Sozialversicherungsträger.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Hilfsmitteln und vermitteln diese.

Beispiel: Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten für die Anschaffung dieser Hilfsmittel. Unsere Kostenerstattung erfolgt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme für alle Hilfsmittel zusammen.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

4.2.2.4 Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 4.1.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu beruflichen oder ausbildungsbezogenen Wiedereingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen und vermitteln diese.

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schulischer Ausbildung beraten wir zu geeigneten schulischen Maßnahmen und geeigneten Schulen und vermitteln diese.

Für die Durchführung der Leistungen selbst übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

4.2.2.5 Beratung zu Umbaumaßnahmen (Wohnen und Mobilität)

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 4.1.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Umbauten in den Bereichen "Wohnen" und "Kraftfahrzeug/Mobilität".

Für die Durchführung der Leistungen selbst übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

4.2.3 Für welche Dienstleister übernehmen wir die Kosten?

Wir können qualifizierte Dienstleister für die Erfüllung unserer Unterstützungs- und Beratungsleistungen beauftragen.

Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Wir übernehmen keine Kosten für Leistungen, die wir lediglich organisieren. Ebenso übernehmen wir keine Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person selbst bei unseren Dienstleistern oder Dritten in Auftrag geben. Vertragliche Beziehungen kommen dann zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

4.3 Welche zusätzlichen Leistungen sind versichert?

4.3.1 Familien-Vorsorge

Neu hinzukommende Ehepartner oder Kinder der versicherten Person sind für einen begrenzten Zeitraum mitversichert.

(1) Voraussetzungen für die Leistung und Dauer der Familien-Vorsorge

Zum Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Geburt oder der Adoption des minderjährigen Kindes besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

Die Familien-Vorsorge gilt für die Dauer von drei Monaten nach Eheschließung bzw. Geburt oder Adoption.

Informieren Sie uns während dieser drei Monate über die Eheschließung bzw. Geburt oder Adoption, gilt Folgendes: Der Versicherungsschutz verlängert sich um weitere neun Monate auf insgesamt zwölf Monate.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, gilt: Sie können die Familien-Vorsorge nur aus einem dieser Verträge verlangen.

(2) Art und Höhe der Leistung

Für die Familien-Vorsorge gelten die nachfolgenden Leistungen und Versicherungssummen. Der Zusatzbaustein Dynamik findet keine Anwendung.

a) Invaliditätsleistung

Für den Invaliditätsfall (siehe Ziffer 4.1.1) ist eine Versicherungssumme bis zur Höhe von 60.000 Euro versichert.

Die Leistung berechnet sich nach dem unfallbedingten Invaliditätsgrad. Bitte beachten Sie: Die Bestimmungen zu einer Progressiven Invaliditätsstaffel (siehe Ziffer 4.1.1.3) gelten hierfür nicht.

b) Todesfallleistung

Für den Todesfall sind folgende Versicherungssummen versichert:

- Für Ehepartner gilt eine Versicherungssumme in Höhe von 12.000 Euro.
- Für Kinder gilt eine Versicherungssumme in Höhe von 6.000 Euro.

Die Leistung erbringen wir, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Ehepartner bzw. das Kind stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
- Es gilt die Frist zur Meldung innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfall (siehe Ziffer 5.1 "Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen").

4.3.2 Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers

Nach Ihrem Tod führen wir die Unfallversicherung für minderjährige Kinder unter den nachfolgenden Voraussetzungen beitragsfrei fort.

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Sie als Versicherungsnehmer

- haben ein Kind versichert,
- versterben vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet,
- versterben vor Vollendung Ihres 75. Lebensjahres,
- haben den Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch nicht gekündigt und
- der Vertrag hat zu diesem Zeitpunkt schon mindestens ein Jahr bestanden. Diese Jahresfrist gilt nicht, wenn Ihr Tod nach Vertragsbeginn aufgrund eines Unfalls im Sinne dieses Vertrags eingetreten ist.

(2) Art und Höhe der Leistung

Bei Beitragsbefreiung leisten wir Folgendes:

- Wir führen die Unfallversicherung in dem bisherigen Umfang weiter.
- Die Beitragszahlung endet ab der nächsten auf den Todestag folgenden Beitragsfälligkeit.
- Der Versicherungsschutz besteht bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Es gilt außerdem Folgendes:

- Wenn Sie den Zusatzbaustein Dynamik abgeschlossen haben, entfällt dieser (siehe Zusatzbaustein Dynamik Ziffer 2.2). Ob Sie den Zusatzbaustein Dynamik versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.
- Versicherungsnehmer wird der überlebende Ehepartner des bisherigen Versicherungsnehmers, wenn nichts anderes vereinbart ist.

4.4 Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen

4.4.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiel: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen. Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder angeborene Sehnenverkürzungen.

4.4.2 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

(1) Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrads

Der Prozentsatz des Invaliditätsgrads mindert sich entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

Beispiel: Nach einer schweren Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zur Hälfte mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 35 Prozent.

(2) Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 40 Prozent mitgewirkt. Eine Anrechnung der Mitwirkung unterbleibt.

(3) Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Haben bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, gilt: Der Prozentsatz des Invaliditätsgrads mindert sich entsprechend den Absätzen 1 und 2.

4.5 Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads

4.5.1 Wann sind unsere Leistungen fällig?

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

(1) Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Leistungsansprüchen aufgrund Invalidität beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
- bei Leistungsansprüchen aufgrund Invalidität zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens.
Dies gilt nur, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 5.1.

Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

(2) Fälligkeit der Leistung

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

(3) Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir angemessene Vorschüsse. Vorausgesetzt, Sie wünschen das.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Ist das Heilverfahren noch nicht abgeschlossen, gilt: Eine Invaliditätsleistung kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfalleistung beansprucht werden.

4.5.2 Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

4.6 Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

4.6.1 Versichert ist ein Dritter, z. B. ein Familienangehöriger (Fremdversicherung)

Die Rechte aus diesem Vertrag können nur Sie als Versicherungsnehmer ausüben. Das gilt auch, wenn Sie als Versicherungsnehmer die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen haben, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

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

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

4.6.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

4.6.3 Bezugsrecht

Die versicherte Person kann einen Dritten als Bezugsberechtigten für die im Todesfall vereinbarten Leistungen benennen. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn uns diese Verfügung

- zu Lebzeiten der versicherten Person
- in Textform

angezeigt worden ist. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

5 Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?

5.1 Obliegenheiten nach einem Unfall

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen. Sie oder die versicherte Person müssen deshalb nach einem Unfall Folgendes beachten:

Ihre Obliegenheiten (Pflichten) nach einem Unfall	Was müssen Sie genau beachten?
Hinzuziehen eines Arztes	Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich • einen Arzt hinzuziehen, • seine Anordnungen befolgen und • uns unterrichten.
Angaben zum Versicherungsfall	Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
Untersuchung durch Ärzte	Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Bei Selbstständigen gilt: Wir erstatten einen festen Betrag, sofern der Verdienstausschlag nicht nachzuweisen ist. Dieser Betrag beläuft sich auf zwei Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 1.000 Euro.
Auskünfte durch Ärzte	Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von • Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben, • anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden. Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen	Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von sieben Tagen zu melden.
Informationen zum Gesundheitszustand	Damit wir unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Während der Leistungserbringung müssen Sie oder die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.
Informationen zu Leistungen und Leistungszusagen Dritter	Für die Erbringung unserer Unterstützungs- und Beratungsleistungen ist es wichtig, diese auf die Maßnahmen von anderen Trägern, insbesondere solche der gesetzlichen Sozialversicherung abzustimmen. Sie oder die versicherte Person müssen uns deshalb Auskünfte über Art und Umfang dieser Leistungen erteilen. Sie oder die versicherte Person müssen uns außerdem auf Verlangen entsprechende Nachweise geben.
Welche Folgen kann die Nichteinhaltung für Sie haben?	Verletzen Sie eine der genannten Obliegenheiten, gilt unter den Voraussetzungen nach Ziffer 5.2 Folgendes: Wir können ganz oder teilweise leistungsfrei sein.

5.2 Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen (Pflichtverletzungen)

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

6 Was passiert, wenn sich bei mir oder der versicherten Person etwas ändert?

6.1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Vollendung des 18. Lebensjahres

6.1.1 Umstellung auf Erwachsenentarif

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, gilt Folgendes: Wir stellen die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Das Unfallrisiko eines Erwachsenen ist größer als das eines Kindes. Wir müssen deshalb den Beitrag Ihrer Versicherung erhöhen und/oder die Versicherungssummen reduzieren.

Rechtzeitig vor Erreichen des 18. Lebensjahres machen wir Ihnen einen Vorschlag mit reduzierten Versicherungssummen und neuem Beitrag. Sie haben das Recht, die bisherigen Versicherungssummen beizubehalten. In diesem Fall berechnen wir Ihnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Wahlrecht

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, gilt: Wir führen den Vertrag dann mit reduzierten Versicherungssummen und Ihrem neuen Beitrag fort.

Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Ihre Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Wir werden Sie in der Mitteilung über die Beitragserhöhung auf Ihr Kündigungsrecht hinweisen.

6.2 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Vollendung des 55. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, gilt Folgendes: Wir führen den Vertrag unter den nachfolgend geregelten Abweichungen fort. Im Übrigen bleiben die vertraglich vereinbarten Leistungen unverändert.

6.2.1 Jährliche Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich jährlich um fünf Prozent, ohne dass sich die Versicherungssummen ändern. Diese jährliche Erhöhung endet nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

6.2.2 Entfallen des Zusatzbausteins Dynamik (sofern abgeschlossen)

Wenn Sie den Zusatzbaustein Dynamik abgeschlossen haben, entfällt dieser (siehe Zusatzbaustein Dynamik Ziffer 2.1).

6.2.3 Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit

Die Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit nach Ziffer 6.3 bleiben bestehen.

6.2.4 Wirksamwerden der Änderungen

Die Änderungen nach den Ziffern 6.2.1 und 6.2.2 gelten ab folgendem Zeitpunkt:

- Ab Beginn des Versicherungsjahres, das dem Versicherungsjahr folgt, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet,
- frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Änderungen.

6.2.5 Information über die Änderungen

Wir informieren Sie rechtzeitig über die Änderungen nach den Ziffern 6.2.1 und 6.2.2 und die neuen Beiträge.

6.2.6 Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Ihre Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Wir werden Sie in der Mitteilung über die Beitragserhöhung auf Ihr Kündigungsrecht hinweisen.

6.3 Änderung der Berufstätigkeit

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit der versicherten Person ab. Je nach Tätigkeit erfolgt eine Einstufung in Berufsgruppe A oder B. Das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis finden Sie im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen. Für einzelne Berufe gelten abweichende Regelungen. Diese finden Sie ebenfalls im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen.

6.3.1 Mitteilung der Änderung

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

6.3.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, wirkt sich dies wie folgt aus: Die niedrigeren Versicherungssummen gelten nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

7 Wie und wann passen wir den Beitrag bei verändertem Schadenbedarf an?

7.1 Anpassung bei verändertem Schadenbedarf

Wir können den Beitrag bei einer Veränderung des Schadenbedarfs nach den nachfolgenden Bestimmungen anpassen.

7.2 Jährliche Überprüfung des Schadenbedarfs

Wir überprüfen einmal im Kalenderjahr, ob sich der Schadenbedarf verändert hat (Neukalkulation).

Die Neukalkulation erfolgt nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik. Wir gehen dazu wie folgt vor:

Bei der Ermittlung des Schadenbedarfs fassen wir die Verträge zusammen, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen. Die Neukalkulation richtet sich nach der Schadenentwicklung in der Vergangenheit sowie nach der voraussichtlichen Schadenentwicklung bis zum Ende des Kalenderjahres, welches dem Jahr der Neukalkulation folgt.

Bei unserer Überprüfung vergleichen wir den aktuellen Schadenbedarf mit dem Schadenbedarf, welcher der letzten Beitragsfestsetzung zugrunde gelegen hat und ermitteln so die Veränderungsquote.

Soweit im Beitrag Nachlässe berücksichtigt sind, werden diese Nachlässe in die Ermittlung des Schadenbedarfs nicht einbezogen.

Im Falle einer im Versicherungsjahr gleichzeitig wirkenden Anpassung des Beitrags nach Vollendung des 18. oder ab dem 55. Lebensjahr sowie bei Änderung der Berufstätigkeit (Ziffer 6) gilt: Wir ermitteln nur Veränderungen des Schadenbedarfs, die nicht bereits über Ziffer 6 berücksichtigt wurden.

7.3 Recht zur Beitragserhöhung; Pflicht zur Beitragssenkung

Bei einer Erhöhung des Schadenbedarfs sind wir berechtigt, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu erhöhen. Bei einer Senkung des Schadenbedarfs sind wir verpflichtet, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu senken.

7.4 Überprüfung der Anpassung durch unabhängigen Treuhänder

Voraussetzung für eine Beitragsanpassung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die der Anpassung zugrunde liegenden Statistiken gemäß den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik überprüft und die korrekte Durchführung der Berechnung bestätigt hat.

7.5 Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Die Beitragsanpassung gilt ab Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Anpassung.

7.6 Unterbleiben einer Beitragsanpassung

Eine Beitragsanpassung unterbleibt, wenn die Veränderungsquote seit der letzten Anpassung unter drei Prozent liegt.

7.7 Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Neukalkulation, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Wir werden Sie in der Mitteilung über die Beitragserhöhung auf das gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen.

8 Welche Regelungen gelten noch für meinen Vertrag?

8.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlen. Unter den Voraussetzungen von § 37 Versicherungsvertragsgesetz können wir vom Vertrag zurücktreten oder leistungsfrei sein, wenn Sie den fälligen ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben.

8.2 Beitragszahlung: Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

8.2.1 Erster oder einmaliger Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

8.2.2 Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen, wenn nichts anderes vereinbart ist.

8.2.3 Zahlungsperiode

Die Zahlungsperiode kann je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Die vereinbarte Zahlungsperiode können Sie Ihrem Antrag und Versicherungsschein entnehmen.

8.2.4 Zahlungsweise

Die gewünschte Zahlungsweise ergibt sich aus Ihrem Antrag.

Wenn wir einen fälligen Beitrag im SEPA-Lastschriftverfahren nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, gilt: Wir können für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

8.3 Ende des Vertrags und Kündigung zum Ablauf

8.3.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Dauer abgeschlossen.

8.3.2 Automatische Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr gilt: Der Vertrag verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen.

8.3.3 Kündigung zum Ablauf

Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer oder jedes darauffolgenden Jahres zugehen.

Beispiel: Sie wollen Ihren Vertrag kündigen. Der Vertrag läuft am 01.01.2024 ab. Ihre Kündigung muss uns spätestens am 01.10.2023 zugehen.

8.3.4 Textform

Eine Kündigung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

8.4 Umstellung auf aktuelle Allianz Versicherungsbedingungen

Umstellung auf neue Allianz Versicherungsbedingungen

Wir überarbeiten regelmäßig unsere Versicherungsbedingungen, um den Versicherungsschutz an neue Entwicklungen anzupassen.

Wir möchten, dass auch Sie die Möglichkeit haben, diese neuen Versicherungsbedingungen unkompliziert und ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu erhalten. Wir können Ihnen deshalb die neuen Versicherungsbedingungen in einem vereinfachten Verfahren anbieten.

Voraussetzungen für die vereinfachte Umstellung:

Die neuen Versicherungsbedingungen müssen in der Gesamtbetrachtung der Änderungen einen besseren Versicherungsschutz gewähren als dies bisher der Fall war. Verschlechterungen müssen deshalb Verbesserungen in den Versicherungsbedingungen gegenüberstehen, welche die Verschlechterungen mehr als ausgleichen.

Wesentliche Bestandteile des Versicherungsschutzes dürfen nicht entfallen oder erheblich verschlechtert werden. Zu den wesentlichen Bestandteilen zählen insbesondere die versicherten Risiken, die wir Ihnen bei Vertragsschluss unter "Was ist versichert?" im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten mitgeteilt haben.

Die neuen Versicherungsbedingungen dürfen erst ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem der bisherige Vertrag durch Kündigung beendet werden könnte (Ziffer 8.3.3).

Ablauf der vereinfachten Umstellung:

Wir werden Ihnen die Umstellung auf die neuen Versicherungsbedingungen mindestens zwei Monate vor Ablauf der Kündigungsfrist (Ziffer 8.3.3) anbieten. Dieses Angebot erhalten Sie in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail). Mit unserem Angebot erhalten Sie die neuen Versicherungsbedingungen, in denen wir die Unterschiede zu Ihren bisherigen Versicherungsbedingungen besonders kenntlich machen werden.

Den neuen Versicherungsbedingungen können Sie in Textform innerhalb von zwei Monaten entweder zustimmen oder diese ablehnen. Im Falle einer Ablehnung gelten Ihre bisherigen Versicherungsbedingungen weiter. Sie und wir haben aber das Recht, den Vertrag zum Ablauf zu kündigen.

Wenn Sie Ihr Ablehnungsrecht nicht ausüben, gilt Ihre Zustimmung zur Umstellung als erteilt. Auf die Genehmigungswirkung werden wir Sie in unserem Angebot besonders hinweisen. Die Umstellung auf die neuen Versicherungsbedingungen erfolgt dann zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Hinweis:

Diese Ziffer 8.4 gilt nicht für eine Anpassung Ihres Beitrags. Eine Beitragsanpassung kann nur unter den Voraussetzungen von Ziffer 7 erfolgen.

8.5 Kündigung im Versicherungsfall

8.5.1 Kündigungsrecht

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- Wir haben erstmals eine Leistung erbracht.
- Wir haben erstmals eine Invaliditätsleistung oder (sofern vereinbart) die Unfallrente gezahlt.
- Sie haben gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben.

8.5.2 Kündigungserklärung

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits (zum Beispiel nach Vergleich oder Rechtskraft des Urteils) zugehen.

8.5.3 Form der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

8.5.4 Wirksamwerden der Kündigung

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung mit Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird. Wenn wir kündigen, wird unsere Kündigung einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

8.6 An wen Sie Beschwerden richten können

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

8.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

8.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (Anschrift: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Website: www.versicherungsombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Verfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000 Euro nicht übersteigen. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000 Euro nicht überschreitet.

8.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

8.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

8.7 Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

8.7.1 Deutsches Recht

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

8.7.2 Zuständiges Gericht

Es gelten die gesetzlichen Gerichtsstände. Ergänzend vereinbaren wir Folgendes:

- Wenn ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt und Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland hatten, gilt: Klagen können nur vor einem deutschen Gericht erhoben werden.
- Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, gilt: Sowohl Sie als auch wir können Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

8.8 Digitale Vertragskommunikation

Bei digitaler Vertragskommunikation senden wir Ihnen alle Unterlagen zu Ihrer Versicherung per E-Mail zu, es sei denn das Gesetz sieht ausdrücklich Versand per Post (Schriftform) vor. Sie haben immer das Recht, mit uns per E-Mail zu kommunizieren.

Zur Vertragskommunikation nutzen wir die bei Vertragsabschluss angegebene E-Mail-Adresse. Sollten wir nach Versendung einer E-Mail an diese Adresse eine technische Rückmeldung erhalten, dass die E-Mail nicht zugestellt wurde, senden wir Ihnen die Unterlagen per Post zu. Im Übrigen sind Sie selbst dafür verantwortlich, dass die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse aktuell ist und eingehende E-Mails gelesen werden.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer E-Mail-Adresse unverzüglich mit. Die Änderung können Sie auch einfach selbst unter www.allianz.de/email-aendern vornehmen.

Sie können der digitalen Vertragskommunikation jederzeit widersprechen. Sie erhalten ab dann alle Unterlagen zu Ihrer Versicherung per Post.

Wenn Sie unser Onlineportal „Meine Allianz“ oder unser Programm „E-Mail statt Brief“ nutzen, gelten auch die Nutzungsbedingungen für das Onlineportal „Meine Allianz“.



Zusatzbaustein Rundum Service

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Was ist versichert und was ist nicht versichert?

1.1 Hilfs- und Serviceleistungen bei Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Serviceleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister (siehe Ziffer 4.2.3 Ihrer Unfallversicherung).

1.2 Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Hilfs- und Serviceleistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3 Hilfs- und Serviceleistungen für die versicherte Person

1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Hilfsbedürftigkeit

Die versicherte Person

- ist durch einen Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

(2) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 1.3.2 aufgeführten Leistungen.

(3) Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir unsere Hilfs- und Serviceleistungen nicht ein.

1.3.2 Art und Umfang der Hilfs- und Serviceleistungen

(1) Beratung und Bedarfsermittlung

Wir beraten über unser Angebot an Hilfs- und Serviceleistungen und deren Leistungsvoraussetzungen. Wir ermitteln den individuellen Bedarf der versicherten Person und informieren über die Durchführung der Leistungen.

(2) Haushaltsbezogene Leistungen

Wir organisieren die folgenden haushaltsbezogenen Leistungen und übernehmen deren Kosten:

Leistung	Was ist das genau?
Menüservice	Wir versorgen die versicherte Person mit einem täglichen Mittagsmenü aus dem Angebot des Dienstleisters. Auf Wunsch versorgen wir auch die im Haushalt der versicherten Person wohnenden Angehörigen.
Erledigung von Einkäufen und Besorgungen	Wir kaufen für die versicherte Person Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Diese Leistung erbringen wir bis zu zweimal pro Woche jeweils bis zu zwei Stunden. Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

Wäsche- und Schuhservice	Wir • waschen, trocknen, bügeln die Wäsche und • pflegen die Schuhe der versicherten Person bis zu zweimal pro Woche jeweils bis zu zwei Stunden.
Wohnungsreinigung	Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu zweimal pro Woche jeweils bis zu zwei Stunden.

(3) Personenbezogene Leistungen

Wir organisieren die folgenden personenbezogenen Leistungen und übernehmen deren Kosten:

Leistung	Was ist das genau?
Begleitung bei Arzt- und Behördengängen	Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen • Arzt-, • Therapie- und • Behördenterminen.
Fahrt zu kulturellen und privaten Veranstaltungen	Wir holen bzw. bringen die versicherte Person einmal pro Monat zu kulturellen oder privaten Veranstaltungen. Beispiel: Fahrt zu Theater, Konzert, Familienfeier Diese Leistung erbringen wir in einem Umkreis von bis zu 25 km vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person.
Pflegeberatung, Feststellung des Umfangs der Pflegeleistungen und Pflegeschulung	Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt. In diesem Gespräch • stellen wir den Umfang der nötigen Pflegeleistungen fest, • planen wir die Pflegeleistung, • prüfen wir, welche Pflegehilfsmittel erforderlich sind, • informieren und beraten wir über mögliche Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Pflegen Angehörige die versicherte Person, schulen wir diese auf Wunsch einmalig für die Aufgaben der täglichen Pflege.
Grundpflege	Die versicherte Person erhält bis zu dreimal täglich bis zu insgesamt drei Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören: • Körperpflege • An- und Auskleiden • Lagern und Betten • Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung
Medizinische Fußpflege	Wir übernehmen einmal pro Monat eine medizinische Fußpflege der versicherten Person.
Hausnotruf	Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
Tag- und Nachtwache	Wir stellen der versicherten Person eine Betreuungsperson zur Verfügung. Diese Betreuung leisten wir einmalig bis zu 48 Stunden.
Information und Beratung zu Leistungen von Sozialversicherungsträgern	Wir geben der versicherten Person allgemeine Informationen zu möglichen Leistungen von deutschen Sozialversicherungsträgern.
Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Alten- oder Pflegeheimplätzen und Pflegediensten	Wir unterstützen bei der Suche nach einem geeigneten • Alten- oder Pflegeheimplatz (auch zur Kurzzeitpflege) • Pflege- oder Betreuungsdienst Dazu stellen wir Ihnen • eine Übersicht mit geeigneten Objekten bzw. Einrichtungen zur Verfügung und • vermitteln auf Wunsch den Kontakt mit den entsprechenden Einrichtungen. Hierbei berücksichtigen wir Ihre Vorgaben zu örtlicher Lage, Art und Ausstattung der Einrichtung sowie zum Preissegment. Diese Leistung erbringen wir auch ohne Vorliegen eines Unfalls.

(4) Organisation von sonstigen Leistungen

Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden sonstigen Leistungen:

Leistung	Was ist das genau?
Sonstige Fragen und Probleme rund um den Unfall	Wir unterstützen bei allen sonstigen Fragen und Problemen rund um den Unfall der versicherten Person. Wir vermitteln geeignete Ansprechpartner.
Unterbringung von Haustieren	Wir organisieren die Unterbringung von Haustieren der versicherten Person in eine Tierbetreuungsstätte sowie den Transport dorthin.
Gartenpflege und Schneeräumdienst	Wir organisieren die Pflege des Gartens der versicherten Person sowie Schneeräumarbeiten.

Bitte beachten Sie:

Für die Durchführung der Leistungen übernehmen wir keine Kosten.

1.3.3 Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

(1) Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfs- und Serviceleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 1.3.1 besteht. Längstens leisten wir jedoch für sechs Monate ab dem Tag des Unfalls.

War die versicherte Person ab dem Unfall mehr als fünf Monate ununterbrochen in vollstationärer Behandlung, gilt: Wir erbringen die Leistungen zusätzlich bis zu einem Monat ab Entlassung.

(2) Dauer und Umfang der Leistung bei Anerkennung eines Pflegegrads aufgrund des Unfalls

Kommt es aufgrund des Unfalls zur Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung, gilt Folgendes:

a) Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, gilt: Wir erbringen ergänzend Hilfs- und Serviceleistungen, soweit und solange zusätzlicher Bedarf besteht. Art, Umfang und Dauer der Leistungen richten sich nach Ziffer 1.3.2 und Ziffer 1.3.3 Absatz 1.

b) Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Werden Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

1.4 Leistungen für pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person

1.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger durch die versicherte Person

Die versicherte Person

- hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und
- ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.

Angehörige sind folgende Personen:

- der Ehe- oder Lebenspartner der versicherten Person
- Verwandte ersten Grades der versicherten Person
- die Schwiegereltern der versicherten Person

Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.

Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls der versicherten Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

(2) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den individuellen Bedarf des pflegebedürftigen Angehörigen (siehe Absatz 1) an den Leistungen, die wir für dessen Pflege und Betreuung erbringen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 1.4.2 aufgeführten Leistungen.

1.4.2 Umfang und Dauer der Leistung

(1) Umfang der Leistung

Wir übernehmen die Hilfs- und Serviceleistungen im Umfang von Ziffer 1.3.2, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

(2) Dauer der Leistung

a) Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Solange die Voraussetzungen für die Leistung nach Ziffer 1.4.1 vorliegen, gilt: Wir erbringen unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen, die der Angehörige aus seiner gesetzlichen Pflegeversicherung erhält.

b) Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

Hat der Angehörige vor dem Unfall der versicherten Person Geldleistungen aus seiner gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, gilt: Wir erbringen unsere Leistungen bis zu vier Wochen ab dem Unfall.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt der erweiterte Zeitraum für die Leistung nach Absatz d).

c) Anerkennung eines Pflegegrads der versicherten Person infolge des Unfalls

Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, gilt: Unsere Leistungen enden dann spätestens drei Monate nach der Anerkennung.

Das gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

d) Ende der Leistungen

Unsere Leistungen enden spätestens sechs Monate nach dem Tag des Unfalls der versicherten Person.

War die versicherte Person ab dem Unfall mehr als fünf Monate ununterbrochen in vollstationärer Behandlung, gilt: Wir erbringen die Leistungen für den Angehörigen längstens bis zu einem Monat ab Entlassung der versicherten Person aus dem Krankenhaus.

1.5 Leistungen für im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder (Familienhilfe)

1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Versorgung und Betreuung von Kindern durch die versicherte Person

Die versicherte Person

- stirbt unfallbedingt oder
- ist unfallbedingt nicht mehr in der Lage,

die Kinder, die in ihrem Haushalt leben, weiter zu betreuen und zu versorgen.

(2) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den individuellen Bedarf der Kinder (siehe Absatz 1) an den Leistungen, die wir für ihre Betreuung und Versorgung erbringen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 1.5.2 aufgeführten Leistungen.

1.5.2 Art und Umfang der Familienhilfe

Im Rahmen der Familienhilfe erbringen wir die folgenden Leistungen:

Leistung	Was ist das genau?
Kinderbetreuung und -versorgung	Im Rahmen der Familienhilfe • beaufsichtigen wir die Kinder (Kinderbetreuung), auch bei der Erledigung der Hausaufgaben und • versorgen zusätzlich zur versicherten Person auch die Kinder in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, An- und Auskleiden sowie Betten (Kinderversorgung) in ihrem häuslichen Umfeld. Sind Leistungen der Haushaltsführung in den Bereichen • Kochen (Menüservice), • Einkaufen und Besorgungen, • Wäsche- und Schuhservice sowie • Wohnungsreinigung erforderlich, richtet sich der Umfang dieser Leistungen nach Ziffer 1.3.2 Absatz 2. Die Leistungen zur Kinderbetreuung und -versorgung erbringen wir bis zu zehn Stunden am Tag zwischen 6 und 22 Uhr. Wir erbringen diese auch bis zu 24 Stunden am Tag, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

	• Ein Unfall führt innerhalb von 48 Stunden dazu, dass die versicherte Person unfallbedingt nicht mehr in der Lage ist, die Kinder weiter zu betreuen und zu versorgen. • Für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder steht niemand zur Verfügung.
Fahr- und Bringservice für Kinder	Im Rahmen der Familienhilfe holen bzw. bringen wir die Kinder von bzw. zu • der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule, • Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und 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.
Familienhilfe-Plan, Hotline	Im Rahmen der Familienhilfe erstellen wir einen Plan, nach dem wir unsere Leistungen nach • Art, • Umfang, • zeitlicher Abfolge und • Dauer erbringen (Familienhilfe-Plan). Für den Zeitraum, in dem wir Leistungen der Familienhilfe erbringen, stellen wir eine Notrufnummer zur Verfügung (Hotline). Dadurch können wir kurzfristig notwendig gewordene Änderungen des Familienhilfe-Plans vornehmen.

1.5.3 Dauer der Leistung

Die Betreuung und Versorgung der Kinder erbringen wir, solange die versicherte Person dazu unfallbedingt nicht in der Lage ist (siehe Ziffer 1.5.1 Absatz 1). Längstens leisten wir jedoch für sechs Monate ab dem Tag des Unfalls.

War die versicherte Person ab dem Unfall mehr als fünf Monate ununterbrochen in vollstationärer Behandlung, gilt: Wir übernehmen die Betreuung und Versorgung der Kinder längstens bis zu einem Monat ab Entlassung der versicherten Person aus dem Krankenhaus.

1.6 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz dieses Zusatzbausteins umfasst.

Bitte beachten Sie:

Abweichend von Ziffer 2.2 Ihrer Unfallversicherung gelten für den Zusatzbaustein Rundum Service ausschließlich die folgenden Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.

1.6.1 Nicht versicherbare Personen (Versicherungsunfähigkeit)

Für die Versicherung von Hilfs- und Serviceleistungen nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind: Personen, für die bereits vor dem Unfall eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegegrade 1 bis 5) anerkannt wurde.

Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitragsanteil für den Zusatzbaustein Rundum Service zahlen wir zurück.

1.6.2 Ausgeschlossene Unfälle

Nicht versichert ist, wenn die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person durch einen der folgenden Unfälle verursacht wurde:

- Unfälle, die die versicherte Person an sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat
- Unfälle der versicherten Person durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen, wenn sie beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintreten
- Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- Unfälle durch Kernenergie

2 Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?

Ergänzend zu den Obliegenheiten in Ziffer 5.1 Ihrer Unfallversicherung gelten folgende besondere Obliegenheiten:

Ihre Obliegenheiten (Pflichten) nach dem Versicherungsfall	Was müssen Sie genau beachten?
Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern oder Angehörigen	Wenn wir Leistungen für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person erbringen, benötigen wir Auskünfte über deren aktuellen Gesundheitszustand. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Während wir die Hilfs- und Serviceleistungen erbringen, müssen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustands der Kinder oder Angehörigen unverzüglich anzeigen.
Beantragung von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, gilt: Sie oder die versicherte Person müssen dort unverzüglich Leistungen beantragen. Sie oder die versicherte Person müssen uns Folgendes unverzüglich anzeigen: • die Anerkennung oder Ablehnung eines Pflegegrads und • den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
Antrag auf Haushaltshilfe beim Sozialversicherungsträger	In folgenden Fällen ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe spätestens innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall beim zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen: • Die versicherte Person ist gesetzlich krankenversichert. • Es handelt sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.
Welche Folgen kann die Nichteinhaltung für Sie haben?	Verletzen Sie eine der genannten Obliegenheiten, gilt unter den Voraussetzungen nach Ziffer 5.2 Ihrer Unfallversicherung Folgendes: Wir können ganz oder teilweise leistungsfrei sein.



Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Was ist versichert und was ist nicht versichert?

1.1 Invalidität des Kindes aufgrund von Krankheit oder Unfall

Sie haben mit uns den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz abgeschlossen.

Abweichend zu Ihrer Unfallversicherung bieten wir den vereinbarten Versicherungsschutz für das versicherte Kind bei einer durch

- Krankheit oder
- Unfall

eingetretenen Invalidität (Versicherungsfall).

Bitte beachten Sie:

Für bestimmte Fälle können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen

- zu einer bereits vor Vertragsbeginn bestehenden Invalidität (siehe Ziffer 1.3.1) und
- zu den Ausschlüssen (siehe Ziffer 1.3.2).

1.2 Leistungen bei Invalidität des Kindes

Versichert ist die Leistung KinderinvaliditätsSchutz unter nachfolgenden Voraussetzungen.

1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Invalidität

Das versicherte Kind hat eine Invalidität erlitten.

Abweichend von Ziffer 4.1.1 Ihrer Unfallversicherung liegt eine Invalidität im Sinne dieses Zusatzbausteins vor, wenn durch eine unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung

- die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit des versicherten Kindes länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht,
- dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist und
- deshalb nach dem Schwerbehindertenrecht (derzeit im Sozialgesetzbuch IX) ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt.

(2) Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität

Die Invalidität nach Absatz 1 ist während der Laufzeit des Vertrags (Unfallversicherung inklusive dieses Zusatzbausteins) eingetreten.

Als Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität gilt der Zugang des Antrags auf Feststellung des Grads der Behinderung bei der dafür zuständigen staatlichen Stelle.

Der Zugang des Antrags nach Ende des Vertrags gilt auch als rechtzeitig, wenn

- er innerhalb von 24 Monaten nach Ende des Vertrags erfolgt und
- vor Ende des Vertrags die Krankheit ärztlich festgestellt wurde oder der Unfall eingetreten ist.

(3) Nachweis der Invalidität

Sie müssen den Grad der Behinderung von wenigstens 50 durch den Bescheid der zuständigen staatlichen Stelle nachweisen.

1.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung aus dem Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz erhalten Sie als Einmalzahlung in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

1.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz dieses Zusatzbausteins umfasst.

Bitte beachten Sie:

Abweichend von Ziffer 2.2 Ihrer Unfallversicherung gelten für den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz ausschließlich die folgenden Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.

1.3.1 Einfluss einer vor Vertragsbeginn bestehenden Invalidität auf den Vertrag

(1) Versicherungsunfähigkeit

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Kinder, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Invalidität nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 bestand.

Dies gilt unabhängig davon, ob und wann ein Antrag auf Feststellung der Behinderung bei der zuständigen staatlichen Stelle gestellt wurde.

(2) Auswirkungen der Versicherungsunfähigkeit

Wird eine vor Vertragsbeginn bestehende Invalidität nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 erst während der Dauer des Vertrags durch Bescheid festgestellt, gilt Folgendes: Dieser Zusatzbaustein erlischt rückwirkend ab Vertragsbeginn. Den bereits entrichteten Beitragsanteil für den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz zahlen wir zurück.

1.3.2 Ausgeschlossene Beeinträchtigungen und Risiken

Nicht versichert ist, wenn die Invalidität nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 ganz oder überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) eingetreten ist aufgrund

(1) von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie.

In diesen Fällen gilt: Dieser Zusatzbaustein erlischt rückwirkend ab dem Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung bei der zuständigen staatlichen Stelle. Den ab diesem Zeitpunkt entrichteten Beitragsanteil für den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz zahlen wir zurück.

Ausnahme:

Diese Beeinträchtigung ist durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit hirnerkrankhaften Schäden, eine Vergiftung oder eine Infektion verursacht worden. Der Unfall oder die Erkrankung sind während der Vertragslaufzeit eingetreten. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

(2) von Unfällen des versicherten Kindes durch Bewusstseinsstörungen soweit diese

- alkoholbedingt sind und der Unfall beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintritt oder
- auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn das versicherte Kind in seiner Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass es den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

(3) einer von dem versicherten Kind vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat.

Ausnahme:

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn

- das versicherte Kind ein Land- oder Wasserfahrzeug führt, ohne die Fahrerlaubnis dafür zu haben. Voraussetzung ist: Es hat keine weitere Straftat begangen, um die Fahrt zu ermöglichen.
- der Unfall durch die Herstellung oder den Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist: Das versicherte Kind hat mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt.

(4) mittelbarer oder unmittelbarer Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse.

Ausnahme:

Das versicherte Kind wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht:

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

(5) mittelbarer oder unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie.

(6) einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter des versicherten Kindes dieses vorsätzlich geschädigt haben.

2 Wann ist unsere Leistung fällig?

Wir erbringen unsere Leistung, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Abweichend von den Regelungen zur Fälligkeit der Leistung in Ziffer 4.5 Ihrer Unfallversicherung gilt für den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz ausschließlich Folgendes:

2.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) zu erklären, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

Die Frist beginnt, sobald uns folgende Unterlagen vorliegen:

- Bescheid über den Grad der Behinderung und
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen oder
- Nachweis des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsfolgen

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 3.

2.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

3 Welche besonderen Obliegenheiten (Pflichten) habe ich?

Abweichend von den Verhaltensregeln in Ziffer 5.1 Ihrer Unfallversicherung gelten für den Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz ausschließlich die folgenden Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen. Sie oder das versicherte Kind müssen deshalb im Versicherungsfall Folgendes beachten:

Ihre Obliegenheiten (Pflichten) nach dem Versicherungsfall	Was müssen Sie genau beachten?
Antrag auf Bescheid über Schwerbehinderung	Bestehen bei dem versicherten Kind Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 führen können, ist Folgendes zu beachten: Sie müssen bei der zuständigen staatlichen Stelle einen Bescheid über die Schwerbehinderung beantragen.
Anzeige der Anerkennung der Schwerbehinderung	Die Anerkennung der Schwerbehinderung müssen Sie uns möglichst bald anzeigen.
Angaben zum Versicherungsfall	Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder das versicherte Kind bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

Auskünfte durch Ärzte	Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von • Ärzten, die das versicherte Kind vor oder nach dem Unfall oder der Krankheit behandelt oder untersucht haben, • anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden. Sie oder das versicherte Kind müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann • das versicherte Kind oder • vor Vollendung des 16. Lebensjahres des Kindes dessen gesetzlicher Vertreter die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann das versicherte Kind oder der gesetzliche Vertreter die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
Welche Folgen kann die Nichteinhaltung für Sie haben?	Verletzen Sie eine der genannten Obliegenheiten, gilt unter den Voraussetzungen nach Ziffer 5.2 Ihrer Unfallversicherung Folgendes: Wir können ganz oder teilweise leistungsfrei sein.

4 Wann endet der Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz ohne Kündigung?

Ergänzend zu Ziffer 8.3 Ihrer Unfallversicherung gilt: Der Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz endet auch in den folgenden Fällen, ohne dass es einer Kündigung des Vertrags bedarf.

4.1 Vollendung des 18. Lebensjahres

Der Zusatzbaustein KinderinvaliditätsSchutz endet zwei Monate nach Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

4.2 Eintritt der Invalidität und Erbringen der Versicherungsleistung

Wenn wir die Versicherungsleistung erbringen, endet dieser Zusatzbaustein.



Zusatzbaustein Unfallrente

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Was leisten wir im Versicherungsfall?

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für

- die Voraussetzung und
- die Bemessung

der Invalidität gelten die Bestimmungen der Ziffer 4.1.1.1 und der Ziffer 4.1.1.2 Absätze 2 bis 4 Ihrer Unfallversicherung.

Verstirbt die versicherte Person vor Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 4.1.1.2 Absatz 5 Ihrer Unfallversicherung.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

Sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), gilt: Bei Unfällen vor Vollendung des 27. Lebensjahres gilt die doppelte Versicherungssumme.

1.3 Beginn, Dauer und Ende der Leistung

1.3.1 Beginn der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

1.3.2 Dauer und Ende der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

- bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tod der versicherten Person oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 4.5.2 Ihrer Unfallversicherung der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit. Dies gilt so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

1.4 Gewinnbeteiligung bei laufender Rentenzahlung

1.4.1 Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung sicher zu stellen, bilden wir eine Deckungsrückstellung, die über ein Sicherungsvermögen gedeckt wird. Liegen die Kapitalerträge dieses Sicherungsvermögens über einem Zins von vier Prozent, nehmen die Rentenempfänger an den darüber liegenden Zinsüberschüssen über die Gewinnbeteiligung teil.

1.4.2 Art der Gewinnbeteiligung

Die Gewinnbeteiligung erfolgt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert. Eine Erhöhung erfolgt frühestens dann, wenn für mindestens ein Jahr Rente bezogen wurde.

1.4.3 Höhe der Gewinnbeteiligung

Wir überprüfen jährlich, ob die im Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse und die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung vorhandenen Mittel eine Erhöhung der laufenden Rentenansprüche rechtfertigen. Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenansprüche erhöht werden, treffen wir jährlich und veröffentlichen sie im Geschäftsbericht (Anhangangabe der Überschussanteilsätze). Im Fall einer Erhöhung zahlen wir die erhöhte Rente ab dem 1. Januar des auf die Überprüfung folgenden Geschäftsjahres. Einen erhöhten Rentenanspruch werden wir Ihnen mitteilen.

1.4.4 Erträge

Mindestens 70 Prozent der auf die Rentendeckungsrückstellungen entfallenden Zinserträge verwenden wir - nach Abzug des Anteils, der auf der Basis des Kalkulationszinses für die bereits zugesagten Rentenleistungen benötigt wird - für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger. Die für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger verwendeten Zinserträge stellen wir in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ein oder schreiben sie den einzelnen Rentenempfängern über erhöhte Rentenansprüche gut. Die in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung eingestellten Beträge dürfen wir grundsätzlich nur für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger verwenden.

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

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gelten die Regelungen nach Ziffer 4.4 Ihrer Unfallversicherung.

3 Wann ist unsere Leistung fällig und wann kann die Invalidität neu bemessen werden?

Für die Fälligkeit unserer Leistung und die Neubemessung der Invalidität gelten die Regelungen zur Invalidität in Ziffer 4.5 Ihrer Unfallversicherung entsprechend.

Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.



Zusatzbaustein Akutleistung

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Was leisten wir im Versicherungsfall?

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat infolge eines Unfalls eine der folgenden Verletzungen erlitten:

- einen Knochenbruch. Ein Knochenbruch (Fraktur) ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens. Nicht als Knochenbruch gelten Absplitterungen, Fissuren, Haarrisse, Infraktionen, Knorpelfrakturen und Knorpelabscherungen. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen. Infraktionen sind unvollständige Knochenbrüche, bei denen der Knochen nur angebrochen ist.
- eine vollständige Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule. Nicht versichert ist die Zerreißung des Meniskus oder der Bandscheiben. Insoweit handelt es sich nicht um Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Akutleistung für jeden Unfall.

Führt ein Unfall zu mehreren Verletzungen im Sinne von Ziffer 1.1, zahlen wir die Akutleistung für jede dieser Verletzungen.

Beispiel: Ein Arm und ein Bein ist gebrochen. Ein Bein ist gebrochen und das Kreuzband ist gerissen.

Für mehrere gleichartige Verletzungen an einem Körperteil zahlen wir die Akutleistung jedoch nur einmal. Gleichartige Verletzungen sind:

- mehrere Knochenbrüche an einem Körperteil
- mehrere Zerreißungen an einem Körperteil

Beispiel: Elle und Speiche im Arm sind gebrochen.

Wir zahlen die Akutleistung für alle Verletzungen zusammen. Insgesamt zahlen wir jedoch maximal bis zu der für eine Verletzung in der Kategorie A vereinbarten Versicherungssumme.

Die Höhe der Akutleistung bestimmt sich nach den folgenden Kategorien.

Bitte beachten Sie:

Welche Versicherungssumme Sie für welche Kategorie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

1.2.1 Knochenbruch (Fraktur)

Bei Knochenbrüchen im Sinne von Ziffer 1.1 ergibt sich die Höhe der Leistung wie folgt:

Körperteil	Kategorie
Ein oder mehrere Wirbel	A
Becken	A
Hüfte	A
Arm	B
Schulter	B
Hand	B
Bein inklusive Oberschenkelhals	B
Fuß	B
Finger	C
Zehe	C
Sonstige Brüche	C

1.2.2 Zerreißung (Ruptur)

Bei Zerreißungen im Sinne von Ziffer 1.1 ergibt sich die Höhe der Leistung wie folgt:

Körperteil	Kategorie
Kreuzband	B
Achillessehne	B
Fuß	C
Sonstige Zerreißungen	C



Zusatzbaustein Krankenhaustagegeld

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Was leisten wir im Versicherungsfall?

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- ist unfallbedingt in ärztlich angeordneter vollstationärer Rehabilitationsbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation, die unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie mindestens an einer ganzen Extremität erfolgt.

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

1.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme. Längstens zahlen wir für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls,

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, ab dem vierten Kalendertag der vollstationären Behandlung in doppelter Höhe
- für drei Tage bei ambulanten Operationen
- zusätzlich für jeden Kalendertag der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In).

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

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gelten für das Krankenhaustagegeld die nachfolgenden Regelungen:

2.1 Minderung des Krankenhaustagegelds

Das Krankenhaustagegeld mindert sich entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

2.2 Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

2.3 Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Haben bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, gilt: Das Krankenhaustagegeld mindert sich entsprechend den Ziffern 2.1 und 2.2.

3 Wann ist unsere Leistung fällig?

Für die Fälligkeit gelten die Regelungen in Ziffer 4.5.1 Ihrer Unfallversicherung entsprechend.

Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.



Zusatzbaustein Dynamik

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Unfallversicherung.

1 Wie werden Leistung und Beitrag angepasst (Dynamik)?

Die Leistung und den Beitrag Ihrer Unfallversicherung passen wir unter nachfolgenden Voraussetzungen jährlich an.

1.1 Von der Dynamik umfasste Leistungen

Folgende Leistungen nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Kinderinvaliditätschutz
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld

Bitte beachten Sie:

Welche Leistungen Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

1.2 Umfang der Erhöhung

Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird, mindestens jedoch um fünf Prozent.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

- das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt, oder
- dessen Beginn mit dem Stichtag der Anhebung übereinstimmt.

Die Erhöhung unterbleibt, wenn seit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn noch nicht zwölf Monate abgelaufen sind. Sie erfolgt dann erstmals zum Beginn des dritten Versicherungsjahres.

1.3 Rundung der Versicherungssummen

Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- für die Invaliditätsleistung auf volle 1.000 Euro
- für den Kinderinvaliditätschutz auf volle 1.000 Euro
- für die Unfallrente auf volle 10 Euro
- für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro

1.4 Geltung der erhöhten Versicherungssummen

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Versicherungsfälle nach dem Erhöhungstermin.

1.5 Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

1.6 Mitteilung über Erhöhung, Widerspruch

Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

1.7 Widerruf der Dynamik für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags

Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

2 Wann entfällt der Zusatzbaustein Dynamik?

2.1 Entfall bei Vollendung des 55. Lebensjahres

Der Zusatzbaustein Dynamik entfällt nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

2.2 Entfall im Rahmen der Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers

Der Zusatzbaustein Dynamik entfällt im Rahmen der Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers (siehe Ziffer 4.3.2 Ihrer Unfallversicherung).

Anhang: Berufsgruppenverzeichnis

Bitte beachten Sie:

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit der versicherten Person ab. Je nach Tätigkeit erfolgt eine Einstufung in Berufsgruppe A oder B.

Berufsgruppe A

Hierunter fallen alle Tätigkeiten ohne körperliche Betätigung. Dies umfasst auch Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, im Labor, im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege.

Berufsgruppe B

Hierunter fallen alle Tätigkeiten mit körperlicher Betätigung. Dies umfasst auch Personen mit handwerklicher Tätigkeit oder beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen. Einzelne körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten gehören in Berufsgruppe A.

Wird eine Tätigkeit ausschließlich kaufmännisch/verwaltend/aufsichtsführend ausgeübt, gilt Berufsgruppe A. Werden planmäßig oder regelmäßig, also nicht nur ausnahmsweise, auch Tätigkeiten nach Berufsgruppen A und B ausgeübt, gilt Berufsgruppe B.

(Hinweis: Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in nachstehenden Tabellen nur die männliche Form verwendet. Die Tabellen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.)

Bitte beachten Sie:

Die nachfolgende beispielhafte Auflistung von Berufen/Tätigkeiten unter Berufsgruppen A und B dient lediglich der Veranschaulichung und ist nicht vollständig. Sollten Sie sich über die Einordnung nicht sicher sein, wenden Sie sich bitte an uns.

Berufsgruppe A

Beispiele für Berufe/Tätigkeiten

Agraringenieur, Altenpfleger, Anlageberater, Apotheker, Architekt, Arzt

Bademeister, Bankkaufmann, Bauingenieur, Bauzeichner, Buchhalter, Büroangestellter, Bürokaufmann

Chiropraktiker

Diplom-Ingenieur, Disponent

EDV-Kaufmann, Einzelhandelskaufmann, Elektroingenieur, Elektroniker, Energieanlagenelektroniker

Fernmeldeelektroniker, Fernsehtechniker, Finanzbuchhalter, Florist, Flugingenieur, Fotograf, Fotosetzer, Friseur

Goldschmied, Grafiker, Großhandelskaufmann

Handelsvertreter, Hausmann, Hausverwalter, Heilpraktiker, Hochschullehrer, Hotelfachmann, Hotelier, Hotelkaufmann

Immobilienmakler, Industriekaufmann, Informatiker, Informationselektroniker, Ingenieur, Innenarchitekt

Journalist, Juwelier

Kassierer, Kaufmann, kaufmännischer Angestellter, Krankenpfleger, Kundenberater, Künstler, Kunstmaler

Lagerverwalter, Lehrer

Makler, Maschinenbau-Ingenieur, Masseur, Mathematiker, Messtechniker, Musiker

Näher, Notar, Notariatsgehilfe

Optiker

Pädagoge, Pensionär, Pförtner, Physiker, Physiotherapeut, Piloten, Portier, Programmierer, Psychotherapeut

Radio- und Fernsehtechniker, Rechtsanwalt, Redakteur, Referendar, Regisseur, Reiseleiter, Reiseverkehrskaufmann, Rentner, Reporter, Restaurantfachmann, Revisor, Richter

Sachbearbeiter, Sänger, Sanitäter, Sozialarbeiter, Soziologe, Spediteur, Speditionskaufmann, Systemanalytiker

Schauspieler, Schneider, Schüler
Staatsanwalt, Statiker, Steuerberater, Steuerfachgehilfe, Student
Techniker, technischer Angestellter, technischer Zeichner
Uhrmacher, Unternehmensberater, Unternehmer
Verkäufer, Verkaufsleiter, Verlagskaufmann, Vermesser, Vermögensberater, Versicherungsangestellter, Versicherungsvertreter, Vertreter, Vertriebsassistent, Vertriebsleiter, Verwaltungsangestellter
Werbefachmann, Wirtschaftsprüfer
Zahnarzt, Zahntechniker, Zoologe

Berufsgruppe B

Beispiele für Berufe/Tätigkeiten
Arbeiter
Bäcker, Baggerführer, Bauarbeiter, Bergmann, Bodenleger, Braumeister, Briefträger, Buchdrucker, Busfahrer
Chemiearbeiter *), Chemielaborant *), Chemiker *), Chemotechniker
Dachdecker, Dekorateur, Dreher, Drucker
Eisenflechter, Elektriker, Elektroinstallateur, Elektrotechniker
Fahrlehrer, Feinmechaniker, Fensterputzer, Fernfahrer, Feuerwehrmann, Fischer, Fleischer, Fliesenleger, Flugbegleiter, Flugzeugbauer, Forstarbeiter, Förster, Fußbodenleger
Gärtner, Gastwirt, Gebäudereiniger, Gerüstbauer, Glaser
Hafenarbeiter, Hausmeister, Heizungsinstallateur
Industriemeister, Installateur
Kaminkehrer, Kellner, Klempner, Koch, Konditor, Kraftfahrer, Kraftfahrzeugelektriker, Kraftfahrzeugmechaniker, Kranführer
Laborant *), Lackierer, Lagerist, Landmaschinenschlosser, Landwirt, Lokführer
Maler, Maschinenbauer, Maschinist, Matrose, Maurer, Mechaniker, Mechatroniker, Metallarbeiter, Metzger, Monteur, Müllwerker
Nachrichtentechniker
Ofenbauer, Orthopädiemechaniker
Pflasterer, Polier, Polizeibeamter, Polsterer, Postzusteller, Putzer
Raumausstatter, Restaurator
Setzer, Soldat, Spengler, Sportlehrer, Spüler
Schausteller, Schichtführer, Schiffsbauer, Schiffsführer, Schlosser, Schmied, Schreiner, Schriftsetzer, Schuhmacher, Schweißer
Steinmetz
Tänzer, Tanzlehrer, Tapezierer, Taxifahrer, Tierarzt, Tierpfleger, Tischler, Trainer, Transportarbeiter
Verkaufsfahrer, Verputzer, Vorarbeiter
Wachmann, Weinbauer, Werftarbeiter, Werkmeister, Werkstofftechniker, Werkzeugmacher, Winzer
Zimmerer, Zugführer

*) sofern nicht mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen tätig, gilt Berufsgruppe A

Bitte beachten Sie außerdem:

Folgende Berufe/Tätigkeiten stellen ein besonderes Risiko dar, die weder in Berufsgruppe A noch B gehören:

1. Artist, Stuntman oder Tierbändiger
2. Berufs- oder Profisportler: Als solche gelten versicherte Personen, die
 - die Sportausübung hauptberuflich ausüben, unabhängig von der Höhe des Einkommens;
 - Vertragsamateur oder Vertragssportler sind
 - in der ersten Spiel- bzw. Leistungsklasse,
 - bei Handball und Eishockey in der ersten oder zweiten Spiel- bzw. Leistungsklasse,
 - bei Fußball in der ersten, zweiten oder dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse;
 - den Sport im Rahmen der Sportförderung von Polizei, Bundeswehr und ähnlichen Einrichtungen ausüben;
 - Bruttoeinnahmen aus der sportlichen Tätigkeit von mehr als 12.000 Euro pro Jahr erzielen. Zu diesen Einnahmen zählen Gehälter, Sieg- oder Antrittsprämien, Preisgelder, Einnahmen aus Werbeverträgen, Mäzenatentum und Sponsoring, anderweitige Zuwendungen (z. B. Sporthilfe).

Ein Wechsel in diese Berufe/Tätigkeiten stellt eine Gefahrerhöhung dar, die einer besonderen tariflichen Einstufung bedarf. Dies gilt auch dann, wenn die Berufe/Tätigkeiten "nebenberuflich" ausgeübt werden.