

Informationen und Versicherungsbedingungen zu Ihrem Vertrag

ÖSA UnfallSchutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

vor Antragstellung erhalten Sie von uns umfassende Unterlagen zum Versicherungsvertrag.

Diese unterteilen sich in

Produktbezeichnung	Teil der Information	Seite
Alle	Generelle Informationen	2
	Versicherungsbedingungen	
ÖSA UnfallSchutz	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz 2024)	6
	Berufsgruppenverzeichnis zum ÖSA UnfallSchutz Basis, Komfort, Premium	35
	Zusatzbedingungen für aktive Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren in Sachsen-Anhalt	37
	Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Familien-Vorsorgeversicherung in der Allgemeinen Unfallversicherung	38
Soweit vereinbart gelten zusätzlich	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent	39
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent	40
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 700 Prozent	41
	Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Ärzte	42
	Besondere Bedingungen für den Fortfall der Berechtigung zum Tarif für Angehörige des öffentlichen Dienstes (ÖD) und für Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr	43
	Besondere Bedingungen für Leistungen aus dem PersonenSchutzbrief	44
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)	50

Generelle Informationen

Was sollten Sie über Ihren Versicherer wissen?

ÖSA Versicherungen

Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Am Alten Theater 7, 39104 Magdeburg
Postfach 39 11 43, 39135 Magdeburg

Telefon: (0391) 7367-0; Telefax: (0391) 7367-490
Internet: www.oesa.de
E-Mail: service.magdeburg@oesa.de

Bankverbindung:
IBAN: DE83 2505 0000 0122 0031 63
BIC: NOLADE2HXXX,
Norddeutsche Landesbank Magdeburg

Registergericht Stendal HRA 22247
Sitz: Magdeburg, Rechtsform: Anstalt des öffentlichen Rechts
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Ulrich Knemeyer
Vorstand: Dr. Detlef Swieter (Vorsitzender),
David Bartusch, Andreas Zimmer

Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Schaden- und Unfallversicherung / Kraftfahrtversicherung

Welches sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

a) Es gelten die jeweiligen Versicherungsbedingungen, die dem Antrag, aber auch erneut dem Versicherungsschein beigefügt sind.

b) Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung sind im Antrag und auch im Versicherungsschein dargestellt.

Was kostet Sie Ihr Versicherungsschutz und wann müssen Sie den Beitrag zahlen?

Der Beitrag einschließlich Zahlungsweise ist im Antrag und auch im Versicherungsschein angegeben. Einzelheiten zur Fälligkeit des Beitrages finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie lange sind die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen gültig?

Die Informationen sind hinsichtlich des Preises grundsätzlich bis zu dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn gültig - die übrigen Informationen gelten während der Laufzeit des Vertrages.

Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) zu zahlen. Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Einzelheiten

finden sich in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Was sollten Sie zur Laufzeit des Vertrages und den Kündigungsbedingungen wissen?

Diese Angaben finden Sie im Antrag und auch im Versicherungsschein. Die Regelungen zu Kündigungsmöglichkeiten enthalten die beigefügten Versicherungsbedingungen.

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag und welches Gericht ist bei Rechtsstreitigkeiten zuständig?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Es gelten die gesetzlichen Gerichtsstände. Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Welches ist die Vertragssprache?

Sprache der Vertragsbedingungen, der Vorabinformationen sowie der Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Was können Sie tun, wenn Sie mit uns unzufrieden sind?

Falls Sie einmal mit den Leistungen der ÖSA Versicherungen unzufrieden sein sollten, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Vermittler. Selbstverständlich steht Ihnen auch unsere Hauptverwaltung in Magdeburg zur Verfügung. Sie haben auch die Möglichkeit, uns Ihr Anliegen online über www.oesa.de/beschwerdemanagement mitzuteilen.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V.. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Leipziger Str. 121, 10117 Berlin
Telefon 0800 3696000 (kostenfrei) oder aus dem Ausland +49 30 20605899 (gebührenpflichtig)
Telefax 0800 3699000 (kostenfrei) oder aus dem Ausland +49 30 20605898 (gebührenpflichtig)

Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sie haben außerdem die Möglichkeit, sich an die Aufsichtsbehörde zu wenden. Sie erreichen diese wie folgt:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Telefon 0228 4108-0
Telefax 0228 4108-1550
Internet: www.bafin.de
E-Mail: poststelle@bafin.de

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Sie haben ein Widerrufsrecht!

Die Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Folgeseiten.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ÖSA Versicherungen
Öffentliche Feuerversicherung Sachsen-Anhalt
Am Alten Theater 7, 39104 Magdeburg,
Telefax 0391 7367 490,
E-Mail: service.magdeburg@oesa.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Antrag ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückerzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt,

bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kom-

munikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz 2024)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Versicherungsvertrag sind diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (**AVB ÖSA UnfallSchutz**) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Beachten Sie bitte, dass es je nach gewählter Produktart (ÖSA UnfallSchutz Basis, Komfort oder Premium) unterschiedliche Regelungen geben kann. In den Versicherungsbedingungen haben wir entsprechende Stellen mit einem Hinweis zur Produktart kenntlich gemacht. Entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen, welche Produktart für die versicherten Personen vereinbart worden ist.

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

Keine Branche kommt ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie Ihnen durch konkrete Beispiele. Beachten Sie bitte, dass die Beispiele, die wir verwenden, nicht abschließend sind.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst oder eine andere Person sein. Wir als Versicherer erbringen vertraglich vereinbarte Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

1.2 Geltungsbereich

1.3 Unfallbegriff

1.4 Erweiterter Unfallbegriff ÖSA UnfallSchutz Basis

1.5 Erweiterter Unfallbegriff ÖSA UnfallSchutz Komfort/Premium

1.6 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.2 Unfall-Rente

2.3 Unfall-Rente mit Verdopplung ab 90%

2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.5 Tagegeld

2.6 Krankenhaustagegeld

2.7 Todesfalleistung

2.8 Rehabilitationsbeihilfe

2.9 Bergungskosten

2.10 Kosmetische Operationen

2.11 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.12 Sofortleistung bei Frakturen und Bänderrissen

2.13 Schulausfallgeld

2.14 Weitere Kostenerstattungen

3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammentreffen?

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung
- 4. Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 5. Was ist nicht versichert?**
- 5.1 Ausgeschlossene Risiken
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 6. Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit**
- 6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.2 Altersabhängige Beiträge
- Der Leistungsfall**
- 7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 9. Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades
- Die Vertragsdauer**
- 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Versicherungsjahr
- Der Versicherungsbeitrag**
- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ erster oder einmaliger Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
- 11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
- Weitere Bestimmungen**
- 12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- 13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 14.1 Gesetzliche Verjährung
- 14.2 Aussetzung der Verjährung
- 15. Welches Gericht ist zuständig?**
- 16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17. Welches Recht findet Anwendung?**
- 18. Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen**
- Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?**
- Zusätzliche Hilfeleistungen**
Besondere Bedingungen für die zusätzlichen Hilfeleistungen
- Geltungsbereich
 - Voraussetzung für die Leistung
 - Inanspruchnahme für die Leistung
 - Art der Leistung

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person zustoßen.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages

- weltweit und
- rund um die Uhr,
- soweit der Geltungsbereich durch keine einzelvertraglichen abweichenden Vereinbarungen, die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen dokumentiert sind, eingeschränkt wird.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff ÖSA Unfall-Schutz Basis

Es gibt Ereignisse, die einem Unfall gleichgestellt werden.

1.4.1 Eigenbewegungen

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung (einschließlich erhöhter Kraftanstrengungen)

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel:

Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- einen Meniskusschaden zuzieht.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leisten- oder Nabelbruch) zuzieht.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel:

Der versicherten Person reißt beim Tragen einer schweren Waschmaschine ein Muskel im Oberarm.

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

1.4.2 Vergiftungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf

- Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase, Gifte, Dämpfe, Dünste, Staubwolken oder Säuren, deren Einwirkungen die versicherte Person unbewusst und unentrinnbar innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.
- Nahrungsmittelvergiftungen und deren Folgen. Alkoholvergiftungen sind hiervon nicht erfasst.

1.4.3 Gesundheitsschäden durch Verteidigung und Rettung

Es besteht Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet, auch wenn sie bewusst in Kauf genommen wurden.

1.4.4 Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug eine Gesundheitsschädigung erleidet oder verstirbt.

1.4.5 Erfrierungen

Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen, die unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung oder zum Tod der versicherten Person führen.

1.4.6 Ertrinken und Ersticken

Unfreiwilliger Ertrinkungs- oder Erstickungstod der versicherten Person.

1.4.7 Tauchtypische Krankheiten

Tauchtypische Krankheiten der versicherten Person, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.4.8 Bewusstseinsstörungen

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für Bewusstseinsstörungen können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,

- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Wir erweitern den Versicherungsschutz und leisten für Unfallfolgen, wenn sie durch einen Unfall aufgrund der nachstehend beschriebenen Bewusstseinsstörungen der versicherten Person verursacht wurden:

- a) ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht, war ursächlich für die Bewusstseinsstörung.

Beispiel:

Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch eine Bewusstseinsstörung, die auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

- b) Alkoholkonsum, wenn die Blutalkoholkonzentration der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt folgende Promillewerte nicht übersteigt:
 - beim Lenken von Kraftfahrzeugen 1,1 Promille
 - beim Radfahren 1,6 Promille
 - in sonstigen Fällen 2 Promille.
- c) epileptischer Anfall oder Krampfanfall. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalls oder eines anderen Krampfanfalls sind.
- d) ein Herzinfarkt oder Schlaganfall. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Herzinfarkt und fällt von einer Leiter. Der daraus resultierende Beinbruch wäre versichert, nicht dagegen die Gesundheitsschädigungen am Herzen.

- e) eine ungewollte Einnahme von sogenannten K.O.-Tropfen, soweit die Verabreichung als Straftat bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft angezeigt und dort protokolliert wurde.

Sonstige Bewusstseinsstörungen als Unfallursachen sind vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen**, siehe Ziffer 5.1.1.

1.4.9 Infektionen

Der Versicherungsschutz besteht außerdem, wenn die versicherte Person

- a) sich durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe infiziert, die durch einen unter

diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- b) sich mit einer der folgenden Infektionskrankheiten infiziert:
 - Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningoenzephalitis)
 - Tetanus (Wundstarrkrampf)
 - Tollwut

Der Versicherungsschutz besteht für die vorgenannten Infektionskrankheiten, wenn die Erkrankung (ärztliche Feststellung) frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn ausbricht oder diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit (nach Vertragsbeginn) ereignet.

- c) sich mit Krankheitserregern infiziert, die nicht nur durch geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihrer Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- d) infolge eines versicherten Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 oder 1.4 eine Blutvergiftung oder eine Wundinfektion erleidet.

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 9.4 beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Nach der Diagnosestellung müssen Sie uns unverzüglich informieren.

Sonstige Infektionen als Unfallursachen sind vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen**, vgl. Ziffer 5.2.4.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion und einer dadurch bedingten Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

1.4.10 Fahrtveranstaltungen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person

- bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs.

- bei der Teilnahme an lizenzfreien Motorsportveranstaltungen, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht

- von Verbänden oder Vereinen organisiert sind (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leih-Karts auf einer öffentlichen Kart-Anlage).
- Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs.
- 1.5 Erweiterter Unfallbegriff UnfallSchutz Komfort und Premium**
- Es gibt Ereignisse, die einem Unfall gleichgestellt werden.
- 1.5.1 Eigenbewegungen**
- Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung (einschließlich erhöhter Kraftanstrengungen)
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Beispiel:*
Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- einen Meniskusschaden zuzieht.
 - einen Knochen bricht.
- Dies **gilt nicht** für Stress- oder Ermüdungsbrüche sowie erkrankungsbedingte Brüche, wie Spontanbrüche und pathologische Brüche.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leisten- oder Nabelbruch) zuzieht.
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
- Beispiel:*
Der versicherten Person reißt beim Tragen einer schweren Waschmaschine ein Muskel im Oberarm.
- Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.
- 1.5.2 Vergiftungen**
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf
- Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase, Gifte, Dämpfe, Dünste, Staubwolken oder Säuren, deren Einwirkungen die versicherte Person unbewusst und unentrinnbar innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.
 - Nahrungsmittelvergiftungen und deren Folgen. Alkoholvergiftungen sind hiervon nicht erfasst.
- 1.5.3 Gesundheitsschäden durch Verteidigung und Rettung**
- Es besteht Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet, auch wenn sie bewusst in Kauf genommen wurden.
- 1.5.4 Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug**
- Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug eine Gesundheitsschädigung erleidet oder verstirbt.
- 1.5.5 Erfrierungen**
- Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen, die unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung oder zum Tod der versicherten Person führen.
- 1.5.6 Ertrinken und Ersticken**
- Unfreiwilliger Ertrinkungs- oder Erstickungstod der versicherten Person.
- 1.5.7 Tauchtypische Krankheiten**
- Tauchtypische Krankheiten der versicherten Person, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.
- 1.5.8 Bewusstseinsstörungen**
- Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
- Ursachen für Bewusstseinsstörungen können sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
 - die Einnahme von Medikamenten,
 - Alkoholkonsum,
 - Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.
- Wir erweitern den Versicherungsschutz und leisten für Unfallfolgen, wenn sie durch einen Unfall aufgrund der nachstehend beschriebenen Bewusstseinsstörungen der versicherten Person verursacht wurden:
- a) Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht, war ursächlich für die Bewusstseinsstörung.
- Beispiel:*
Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch eine Bewusstseinsstörung, die auf die

alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

- b) Alkoholkonsum, wenn die Blutalkoholkonzentration der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt folgende Promillewerte nicht übersteigt:
- beim Lenken von Kraftfahrzeugen 1,1 Promille
 - beim Radfahren 1,6 Promille
 - in sonstigen Fällen 2 Promille.
- c) epileptischer Anfall oder Krampfanfall. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalls oder eines anderen Krampfanfalls sind.
- d) Herzinfarkt oder Schlaganfall. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Herzinfarkt und fällt von einer Leiter. Der daraus resultierende Beinbruch wäre versichert, nicht dagegen die Gesundheitsschädigungen am Herzen.

- e) ungewollte Einnahme von sogenannten K.O.-Tropfen, soweit die Verabreichung als Straftat bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft angezeigt und dort protokolliert wurde.
- f) Herz-Kreislaufstörung, z. B. ein Ohnmachtsanfall. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die durch die Herz-Kreislaufstörung selbst verursacht wurden.
- g) Einnahme ärztlich verordneter Medikamente (z. B. Falscheinahme oder durch den Eintritt von Nebenwirkungen). **Ausgeschlossen** bleibt der Medikamentenmissbrauch.
- h) Zuckerschok (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. **Ausgeschlossen** bleiben die Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.
- i) natürliche Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und Einschlafen durch natürliche Übermüdung, Schlafwandeln, Sekundenschlaf sowie Erschrecken.

Sonstige Bewusstseinsstörungen als Unfallursachen sind vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen**, siehe Ziffer 5.1.1.

1.5.9 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen, wenn die versicherte Person dadurch eine Gesundheitsschädigung, also einen sogenannten Impfschaden, erleidet.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Die Prüfung der Voraussetzungen für einen Impfschaden erfolgt durch die zuständige Landesbehörde.

Der Impfschaden muss uns durch die Vorlage eines Anerkennungsbescheides der zuständigen Landesbehörde nachgewiesen werden. Ist dieser Nachweis nicht erbracht, bestehen keine Ansprüche aufgrund des Impfschadens.

1.5.10 Infektionen

Versicherungsschutz besteht außerdem, wenn die versicherte Person

- a) sich durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe infiziert, die durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- b) sich, unabhängig vom Übertragungsweg (z.B. auch durch Tierbisse oder Insektenstiche), mit einer der folgenden Infektionskrankheiten infiziert:
- Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningoenzephalitis)
 - Brucellose
 - Cholera
 - Diphtherie
 - Dreitagefieber
 - Fleckfieber
 - Gelbfieber
 - Kinderlähmung
 - Malaria
 - Masern
 - Mumps
 - Pest
 - Röteln
 - Scharlach
 - Schlafkrankheit/Tse-Tse-Krankheit
 - Tetanus (Wundstarrkrampf)
 - Tollwut
 - Tularämie (Hasenpest)
 - Typhus
 - Windpocken

Der Versicherungsschutz besteht für die vorgenannten Infektionskrankheiten, wenn die Erkrankung (ärztliche Feststellung) frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn ausbricht oder diagnostiziert wird (Wartezeit).

- Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit (nach Vertragsbeginn) ereignete.
- c) sich mit Krankheitserregern infiziert, die nicht nur durch geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihrer Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- d) infolge eines versicherten Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 oder 1.5 eine Blutvergiftung oder eine Wundinfektion erleidet.
- Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 9.4 beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.
- Nach der Diagnosestellung müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- Sonstige Infektionen als Unfallursachen sind vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen**, vgl. Ziffer 5.2.4.
- Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion und einer dadurch bedingten Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.
- 1.5.11 Fahrtveranstaltungen**
Versichert sind ebenso Unfälle der versicherten Person
- bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
- Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs.
- bei der Teilnahme an lizenzfreien Motorsportveranstaltungen, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden oder Vereinen organisiert sind (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leih-Karts auf einer öffentlichen Kart-Anlage).
- Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs.
- 1.5.12 Allergische Reaktionen**
Versichert sind allergische Reaktionen durch Insektenstiche und -bisse sowie infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen.
- 1.5.13 Eingriffe des täglichen Lebens**
Versichert sind Gesundheitsschäden der versicherten Person, die sie durch Eingriffe des täglichen Lebens an ihrem Körper im Rahmen der Körperpflege erleidet. Dies sind z. B. Rasieren, Haare schneiden, Mani- und Pediküre.
- 1.5.14 Sonnenbrand und Sonnenstich**
Gesundheitsschädigungen durch einen Sonnenbrand oder einen Sonnenstich.
- 1.5.15 Strahlen**
Versichert sind strahlenverursachte Gesundheitsschäden der versicherten Person durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.
- Vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen** bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.
- 1.6 Einschränkungen unserer Leistungspflicht**
- Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
- Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5). Sie gelten für alle Leistungsarten.
- 2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?**
- Im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschreiben wir die verschiedenen Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, und deren Voraussetzungen.
- Beachten Sie, dass nur die Leistungsarten und Versicherungssummen gelten, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.
- 2.1 Invaliditätsleistung**
- 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.1.1.1 Invalidität**
- Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.
- Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

- Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn
- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
 - eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Beispiel:
Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.
- Mindestinvaliditätsgrad
 Eine Invaliditätsleistung wird erbracht, wenn der vertraglich vereinbarte Mindestinvaliditätsgrad unter Berücksichtigung von Ziffer 2.1.2.2.3 und 3 erreicht wird.
- Dieser beträgt im:
- ÖSA UnfallSchutz Basis: Wir leisten ab 20% Invaliditätsgrad
- ÖSA UnfallSchutz Komfort: Wir leisten bei jedem messbaren Invaliditätsgrad
- ÖSA UnfallSchutz Premium: Wir leisten bei jedem messbaren Invaliditätsgrad
- 2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität**
- Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die Invalidität
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden ist.
- Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- 2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität**
- Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 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 diese Frist versäumt haben.
- Beispiel:
Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.
- 2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr**
- Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.7), sofern diese vereinbart ist.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung**
- 2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung**
- Sie erhalten die Invaliditätsleistung als Einmalzahlung.
- Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
 - der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- Beispiel:
Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.
- 2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads**
- Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1) sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
 - ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).
- Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).
- 2.1.2.2.1 Gliedertaxe**
- Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane gelten, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade (Gliedertaxe):
- | | |
|--|------|
| ÖSA UnfallSchutz Basis und Komfort | |
| Arm | 70 % |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 % |
| Hand | 55 % |
| Daumen | 20 % |
| Zeigefinger | 10 % |

anderer Finger	5 %	2.1.2.2.3	Minderung bei Vorinvalidität	
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %			<p>Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.</p> <p>Der Invaliditätsgrad mindert sich um die Vorinvalidität.</p> <p><u>Beispiel:</u> Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (= ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.</p>
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %			
Bein bis unterhalb des Knies	50 %			
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %			
Fuß	40 %			
große Zehe	5 %			
andere Zehe	2 %			
Auge	50 %			
Gehör auf einem Ohr	30 %			
Geruchssinn	10 %			
Geschmackssinn	5 %			
ÖSA UnfallSchutz Premium				
Arm	80 %	2.1.2.2.4	Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane	
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %			<p>Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengesamt.</p> <p>Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p><u>Beispiel:</u> Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.</p>
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %			
Hand	70 %			
Daumen	25 %			
Zeigefinger	15 %			
anderer Finger	10 %			
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %			
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %			
Bein bis unterhalb des Knies	60 %			
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %			
Fuß	55 %			
große Zehe	10 %			
andere Zehe	5 %			
Auge	65 %	2.1.2.3	Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person	
Gehör auf einem Ohr	40 %			<p>Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität</p> <ul style="list-style-type: none"> - aus unfallfremder Ursache innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall (Ziffer 2.1.1.4) oder - gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und - waren die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 erfüllt,
Geruchssinn	20 %			
Geschmackssinn	15 %			

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

Beispiel:

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.3 Sofortleistung nach Diagnosestellung (bei vereinbarter Todesfalleistung)

Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis **nicht versichert**.

Für die nachfolgend abschließend aufgeführten Diagnosen zahlen wir in teilweiser Abweichung von Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 be-

reits nach Diagnosestellung eine Sofortleistung.

Diagnose

- Schulterreckgelenkssprengung Tossy 2-3
- Oberarmkopffraktur
- Oberarmfraktur
- Ellenbogengelenksfraktur
- Verschobene Radiusfraktur oder Radiusköpfchenfraktur
- Unterarmfraktur
- Kahnbeinfraktur (Hand)
- Vordere oder hintere Beckenringfraktur
- Oberschenkelhalsfraktur
- Oberschenkelfraktur
- Kreuzbandruptur, komplett

Ausnahme:

Bei wiederholt eintretenden kompletten Rupturen desselben Kreuzbandes besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung.

- Kniescheibenfraktur
- Schienbeinfraktur, komplett
- Sprungbeinfraktur
- Achillessehnenruptur, komplett
- Sprunggelenksfraktur
- Fersenbeinfraktur
- Mittelfußfraktur
- Kompressionsfraktur mindestens eines Wirbelkörpers

2.1.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Ein Anspruch auf Sofortleistung nach Diagnosestellung besteht, sofern

- für die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt eine Todesfallsumme vereinbart war und
- die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 15. Lebensjahr vollendet hatte.

Die unfallbedingte Verletzung muss uns nach Diagnosestellung durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung zahlen wir in Höhe von max. 2 % aus der vereinbarten Invaliditätssumme (ohne Progression).

Liegen mehrere der aufgeführten Verletzungen vor, wird die Sofortleistung angemessen erhöht.

Innerhalb eines Jahres nach dem Unfall kann die Sofortleistung nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

Von einer später zu zahlenden Invaliditätsleistung (Feststellung der Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1) wird die Sofortleistung abgezogen. Sofern die später zu zahlende Invaliditätsleistung geringer ist, wird die Sofortleistung nicht zurückgefordert.

Verstirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Unfalljahres, erfolgt eine Verrechnung der Sofortleistung mit der vereinbarten Todesfallsumme.

2.1.4 Invaliditätsleistung beim Tragen eines Schutzhelms

Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis **nicht versichert**.

2.1.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat bei Ausführung der folgenden (sportlichen) Aktivitäten:

- Fahrradfahren (auch beim Mitfahren auf dem Kindersitz)

Ausnahme:

Für das Führen des Fahrrads im Straßenverkehr sind eine Zulassung und eine Fahrerlaubnis nach §1 und §2 Straßenverkehrsgesetz (StVG) erforderlich;

- Inline-Skating/ Roller-Skating, Skateboarden
- Kitesurfen, Wakeboarden, Surfen (Wellenreiten), Windsurfen
- Reiten, Rodeln, Ski-Alpin

einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 erlitten und dabei trotz Tragens eines geeigneten Schutzhelms eine Kopfverletzung davongetragen.

Ein Schutzhelm gilt als geeignet, wenn dieser entweder einer international anerkannten Norm entspricht oder von einer unabhängigen Stelle geprüft wurde.

2.1.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erhöhen die vereinbarte Versicherungssumme für Invalidität um 10% für den auf den Teil der Kopfverletzung entfallenen Invaliditätsgrad.

Weitere den Invaliditätsgrad erhöhende Verletzungen bleiben für die erhöhte Leistung unberücksichtigt.

	<u>Beispiel:</u> Der auf die Kopfverletzung abzustellende Invaliditätsgrad beträgt 30%. Durch weitere Verletzungen aus demselben Unfallereignis erhöht sich der Invaliditätsgrad auf insgesamt 40%. Die um 10% erhöhte Versicherungssumme wird nur für den Invaliditätsgrad aus der Kopfverletzung (30%) berücksichtigt.	Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.
2.2	Unfall-Rente	Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2 sowie Ziffer 3. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.
2.2.1	Voraussetzungen für die Leistung	Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
	Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.	2.3.2 Art und Höhe der Leistung
	Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2 sowie Ziffer 3. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.	Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
	Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.	Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
2.2.2	Art und Höhe der Leistung	2.3.3 Verdopplung der Leistung
	Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.	Wir zahlen die doppelte Unfall-Rente, wenn der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90% führt.
	Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.	2.3.4 Beginn und Dauer der Leistung
2.2.3	Beginn und Dauer der Leistung	2.3.4.1 Wir zahlen die Unfall-Rente unter Berücksichtigung von Ziffer 9.3
2.2.3.1	Wir zahlen die Unfall-Rente unter Berücksichtigung von Ziffer 9.3	- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
	- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach	- monatlich im Voraus.
	- monatlich im Voraus.	2.3.4.2 Die Zahlung endet
2.2.3.2	Die Zahlung endet	- zum Ende des 3. Monats nach dem Tod der versicherten Person oder
	- zum Ende des 3. Monats nach dem Tod der versicherten Person oder	- zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.
	- zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.	Ist der Invaliditätsgrad unter 90 % gesunken, beträgt aber mindestens 50 %, zahlen wir die Unfall-Rente gemäß Ziffer 2.3.2.
	Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.	Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
2.3	Unfall-Rente mit Verdopplung ab 90%	2.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.3.1	Voraussetzungen für die Leistung	2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
		Die versicherte Person

2.4.1.1 hat unfallbedingt entweder eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Schwere Mehrfachverletzung / Polytrauma:
 - o Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch) oder
 - o Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - o Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20;

2.4.1.2 oder ist aufgrund anderer schwerer Verletzungen unfallbedingt

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

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

2.4.1.3 Sie müssen die Sofortleistung bei Schwerverletzungen innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie weisen uns die erlittene Schwerverletzung nach Ziffer 2.4.1.1 bzw. die 6-monatige Beeinträchtigung nach Ziffer 2.4.1.2 durch einen objekti-

ven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nach.

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.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Schwerverletzungen als Kapitalbetrag einmal je Unfall in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5 Tagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.5.2.1 Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der festgestellte unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, sofern sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel:

Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

2.5.2.2 Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet.

Der Anspruch auf Tagegeld entfällt mit dem altersbedingten Ausscheiden aus dem Berufsleben.

2.6	Krankenhaustagegeld	2.6.6	Erweitertes Krankenhaustagegeld im Ausland
2.6.1	Voraussetzung für die Leistung		Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis nicht versichert .
	Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhausheilbehandlung.		Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, gilt unter Berücksichtigung von Ziffer 2.6.1 für Krankenhausaufenthalte im Ausland:
	Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gelten nicht als medizinisch notwendige Krankenhausheilbehandlung.		Wir zahlen für jeden Tag der vollstationären Behandlung das vereinbarte einfache Krankenhaustagegeld zusätzlich zur Leistung gemäß Ziffer 2.6.2.
2.6.2	Höhe und Dauer der Leistung		Eine Verdoppelung ab dem 4. Tag erfolgt für das erweiterte Krankenhaustagegeld im Ausland nicht.
	Wir zahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme		Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.
	- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung,	2.7	Todesfalleistung
	- längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.	2.7.1	Voraussetzung für die Leistung
	Ab dem 4. Tag eines jeden Krankenhausaufenthaltes zahlen wir das Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.		Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall.
2.6.3	Leistung bei Anschlussheilbehandlung		Beachten Sie bitte die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.
	Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis nicht versichert .		Einem Unfalltod steht es gleich, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luffahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt worden ist.
	Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.6.2 auch für stationäre Anschlussheilbehandlungen, sofern für diesen Zeitraum kein Anspruch auf Rehabilitationsbeihilfe nach Ziffer 2.8 entsteht.		Stellt sich im Nachhinein heraus, dass die versicherte Person die Verschollenheit überlebt hat, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
2.6.4	Leistung bei ambulanten Operationen	2.7.2	Höhe der Leistung
	Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis nicht versichert .		Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
	Abweichend zu Ziffer 2.6.1 und Ziffer 2.6.2 zahlen wir bei unfallbedingten ambulanten Operationen das einfache Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für fünf Kalendertage.		Sofern bereits eine Invaliditätsleistung aus diesem Vertrag gezahlt wurde, wird nur der Teil der Versicherungssumme für den Todesfall geleistet, der die Invaliditätsleistung überschreitet.
	Eine Verdopplung ab dem 4.Tag erfolgt nicht.	2.7.3	Erhöhte Todesfalleistung
2.6.5	Rooming-In-Leistung		Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis nicht versichert .
	Diese Teilleistung ist im ÖSA UnfallSchutz Basis nicht versichert .		Wir verdoppeln die vereinbarte Todesfalleistung der Eltern, wenn
	Soweit Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.6.1 für ein Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres besteht und ein Erziehungsberechtigter zur Betreuung mit dem Kind im Krankenhaus übernachtet (Rooming-In), wird das vereinbarte einfache Krankenhaustagegeld für den Zeitraum der Betreuung zusätzlich zur Leistung gemäß Ziffer 2.6.2 gezahlt.		- für beide Eltern über diesen Vertrag eine Todesfalleistung im ÖSA UnfallSchutz Komfort oder Premium vereinbart ist und beide Eltern durch ein und dasselbe Unfallereignis versterben.
	Eine Verdoppelung ab dem 4. Tag erfolgt für die Rooming-In-Leistung nicht.		

- mindestens ein mitversichertes Kind zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig und erbberechtigt ist.
- Die Zusatzleistung ist insgesamt auf 20.000 EUR beschränkt.
- 2.8 Rehabilitationsbeihilfe**
- 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- Die versicherte Person hat
- wegen der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- eine medizinisch notwendige stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder eine stationäre bzw. ganztägige ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Diese Rehabilitationsmaßnahme muss vom gesetzlichen Rehabilitationsträger genehmigt sein.
- Krankenhausheilbehandlungen gemäß Ziffer 2.6.1 gelten nicht als Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahme.
- 2.8.2 Art und Höhe der Leistung**
- Wir zahlen die Rehabilitationsbeihilfe als Einmalbetrag in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall. Dabei wird Ziffer 3 berücksichtigt.
- Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, leisten wir nur einmal.
- 2.9 Bergungskosten**
- 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- Der versicherten Person sind nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden, oder
 - Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, einschließlich des gesetzlichen Eigenanteils für Krankenwagentransporte oder
 - Mehrkosten bei der Rückkehr zu ihrem ständigen Wohnsitz oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren, oder
- Kosten für Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person zusätzlich entstehen, oder
 - Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland oder
 - Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland oder
 - Kosten für die Nutzung einer Druckkammer nach Tauchunfällen
- entstanden.
- Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.9.2 Art und Höhe der Leistung**
- 2.9.2.1** Wir erstatten nachgewiesene und nicht von einem Dritten übernommene Bergungskosten nach Ziffer 2.9.1 bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.9.2.2** Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.
- 2.10 Kosmetische Operationen**
- 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.
- Soweit Zähne betroffen sind, gehören sie zum äußeren Erscheinungsbild.
- Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt,
 - nach Abschluss der Heilbehandlung und
 - bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall,
 - bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

	Ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.		<i>nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.</i>
2.10.2	Art und Höhe der Leistung	2.11.2	Art und Höhe der Leistung
2.10.2.1	Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene <ul style="list-style-type: none"> - Arzthonorare und sonstige Operationskosten, - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, - Kosten für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel, - Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten, die durch unfallbedingte Beschädigung, Teilverlust oder Verlust von natürlichen Zähnen sowie des insoweit vorhandenen festen Zahnersatzes oder -teilersatzes (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Inlays) entstanden sind, <p>insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.</p>		Wir zahlen die Sofortleistung als einmaligen Kapitalbetrag in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2.10.2.2	Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.	2.12	Sofortleistung bei Frakturen und Bänderissen
2.11	Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch	2.12.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.11.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und einen Oberschenkelhalsbruch erlitten. Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 oder 1.5 muss dafür nicht ursächlich sein. Als Oberschenkelhalsbruch gilt ausschließlich ein Bruch des collum femoris sowie folgende abschließende Aufzählung hüftgelenksnaher Brüche: <ul style="list-style-type: none"> - Pertrochantäre Femurfraktur - Intertrochantäre Femurfraktur - Subtrochantäre Femurfraktur <p>Sie müssen den Oberschenkelhalsbruch innerhalb von 36 Monaten nach dem Eintritt bei uns geltend machen.</p> <p>Geltend machen heißt: Sie weisen uns den Oberschenkelhalsbruch durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nach.</p> <p>Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.</p> <p><u>Beispiel:</u> <i>Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb</i></p>		Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.
		2.12.2	Art und Höhe der Leistung
		2.12.2.1	Wir zahlen die Sofortleistung als Kapitalbetrag einmal je Unfallereignis in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
		2.12.2.2	Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.
		2.13	Schulausfallgeld (im Kindertarif)
		2.13.1	Voraussetzung für die Leistung
			Das versicherte schulpflichtige Kind kann nach einem Unfall nicht am Schulunterricht teilnehmen.
			Die Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest und eine Bescheinigung der Schule nachgewiesen.

- Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.13.2 Art und Höhe der Leistung**
- 2.13.2.1** Wir ersetzen einmal je Unfallereignis die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.13.2.2** Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.
- 2.14 Weitere Kostenerstattungen im ÖSA UnfallSchutz Komfort und Premium**
Die in den Ziffer 2.14.1 bis 2.14.3 aufgeführten Leistungen zur Kostenerstattung sind im ÖSA UnfallSchutz Basis **nicht versichert**.
- 2.14.1 Kostenerstattung für psychologische Betreuung**
- 2.14.1.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 erlitten.
Eine psychologische Betreuung wird
- wegen einer direkten Unfalleinwirkung erforderlich und
 - innerhalb des ersten Jahres vom Unfalltag an gerechnet begonnen.
- In Ergänzung zu Ziffer 7 ist ein Anspruch durch Vorlage der Originalrechnung zu begründen.
Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.14.1.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Kosten für die psychologische Betreuung bis zu 1.000 Euro einmal je Unfall.
Der Ausschluss nach Ziffer 5.2.6 findet für diese Kostenerstattung keine Anwendung.
- 2.14.2 Kostenerstattung für unfallbedingt beschädigte vorhandene Gliedmaßenprothesen**
- 2.14.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 erlitten und
- es werden Gliedmaßenprothesen beschädigt, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste und
- die Reparatur bzw. die Neuanschaffung erfolgt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.
- In Ergänzung zu Ziffer 7 ist ein Anspruch durch Vorlage der Originalrechnung zu begründen.
Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.14.2.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen bis zu 2.500 Euro einmal je Unfall.
- 2.14.3 Kostenerstattung für Physiotherapie und Osteopathie**
- 2.14.3.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder 1.5 erlitten und nimmt Physiotherapie und/oder Osteopathie in Anspruch.
In Ergänzung zu Ziffer 7 ist ein Anspruch durch Vorlage der Originalrechnung zu begründen.
Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.14.3.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Kosten für die Therapie bis zu einem Betrag von 150 Euro einmal je Unfall.
- 3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammenreffen?**
- 3.1 Krankheiten und Gebrechen**
Als Unfallversicherer leisten wir ausschließlich für Unfallfolgen. Das sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.
Wir leisten nicht für Krankheiten und Gebrechen.
Beispiel:
Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.
- 3.2 Mitwirkung**
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:
- 3.2.1** Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschä-

digung oder deren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente/Unfall-Rente mit Verdopplung ab 90% der Prozentsatz des Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfalleistung und, soweit nichts anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel:

Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 5 %.

3.2.2 Ab welcher prozentualen Höhe wird die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen berücksichtigen, hängt von Ihrer gewählten Produktart ab.

ÖSA UnfallSchutz Basis: ab 25 %

ÖSA UnfallSchutz Komfort: ab 50%

ÖSA UnfallSchutz Premium: ab 75%

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und **trotz Beitragszahlung nicht versichert** sind Personen, die in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart eingeschränkt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremder Hilfe bedürfen (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten). Dies gilt insbesondere für schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der Pflegegrade 3, 4 und 5 der sozialen Pflegeversicherung.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

4.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Risiken

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder den Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, 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

- *stürzt infolge Medikamentenmissbrauchs die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahmen:

Für Unfallfolgen, die auf vertraglich bestimmten Bewusstseinsstörungen beruhen, besteht ausnahmsweise Versicherungsschutz, vgl. Ziffer 1.4.8 (für UnfallSchutz Basis) bzw. Ziffer 1.5.8 (für UnfallSchutz Komfort und Premium).

5.1.2 **Straftaten**

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

5.1.3 **Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse**

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 **Luftfahrtunfälle**

Unfälle der versicherten Person

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

- Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenfliieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- Beispiele: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- Beispiele: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- Ausnahmen:
Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle
- als Flugschüler, sofern keine Lizenz erforderlich ist,
 - als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen,
 - bei Fallschirm-Tandemsprüngen und
 - beim Kitesurfen.
- 5.1.5 **Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen**
Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges.
Rennen sind solche Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Ausnahme:
In den in Ziffer 1.4.10 und 1.5.11 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 5.1.6 **Kernenergie**
Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 **Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 5.2.1 **Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen, Gehirnblutungen**
Schäden an Bandscheiben und deren Folgen sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen und deren Folgen.
Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.2 **Strahlen**
Gesundheitsschäden durch Strahlen.
Ausnahme:
In den in Ziffer 1.5.14 und 1.5.15 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.
Vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen** bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.
- 5.2.3 **Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper**
Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- Beispiel:
Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
In diesem Fall sowie den in Ziffer 1.5.13 genannten Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 5.2.4 **Infektionen**
Infektionen und deren Folgen.
Ausnahme:
Für Unfallfolgen, die auf vertraglich bestimmten Infektionen beruhen, besteht ausnahmsweise Versicherungsschutz, vgl. Ziffer 1.4.9 bzw. 1.5.10.
- 5.2.5 **Vergiftungen**
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), es sei denn, es handelt sich um Nahrungsmittelvergiftungen (Ziffer 1.4.2 bzw. 1.5.2).
Ausnahme:
Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- 5.2.6 **Psychische Reaktionen**
Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach einem Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat.*

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht jedoch für die psychischen und nervösen Störungen, die im Anschluss an einen Unfall auftreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6. Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- 6.1.1 Die Höhe des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Innerhalb unseres Berufsgruppenverzeichnisses unterteilen wir die Berufe in die Gefahrengruppen A, B und C.

Gefahrengruppe A

Die Einstufung in die Gefahrengruppe A erfolgt für versicherte Personen, die

- keine körperliche oder handwerkliche Tätigkeit

ausüben.

Grundsätzlich handelt es sich dabei um

- Berufe mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst,
- eine leitende oder Aufsicht führende Tätigkeit im Betrieb oder auf Baustellen oder
- eine Tätigkeit im Laden, im Labor (Tätigkeiten mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen entsprechen der Gefahrengruppe B), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege.

Dazu zählen beispielsweise kaufmännisch tätige Personen, technische Leiter, aufsichtführende Meister, Verkaufspersonal.

Gefahrengruppe B

Die Einstufung in die Gefahrengruppe B erfolgt für versicherte Personen

- mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder
- wenn es sich bei der beruflichen Tätigkeit um eine Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen handelt.

Übt eine Person auch nur gelegentlich Tätigkeiten der Gefahrengruppe B aus, wird der Beitrag der Gefahrengruppe B berechnet.

Auch Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei sowie im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung, Berufskraftfahrer, Landarbeiter, Tänzer, Turn-, Sport und Tanzlehrer werden in der Gefahrengruppe B versichert.

Gefahrengruppe C

Die Einstufung in die Gefahrengruppe C erfolgt für versicherte Personen als Selbstständige, die aufgrund Ihrer Tätigkeit in Gefahrengruppe B einzustufen sind.

Dazu zählen beispielsweise selbstständige Handwerker, selbstständige Tierärzte, selbstständige Landwirte, selbstständige Gärtner mit körperlicher Berufsarbeit. Soweit im Berufsgruppenverzeichnis bei Landwirtschafts-, Handwerks- und Gärtnerarbeiten die Gefahrengruppe B vorgesehen ist, gilt für Selbstständige die Gefahrengruppe C.

6.1.2 Mitteilung der Berufsänderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Freiwilliger Wehrdienst, befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst) oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.1.3 Auswirkungen der Berufsänderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von sechs Monaten ab der Änderung.

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

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten 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.

- 6.2 Altersabhängige Beiträge**
- 6.2.1 Die Höhe des Beitrags richtet sich auch nach dem Alter der versicherten Person. Vollendet die versicherte Person das jeweilige Lebensjahr, führen wir eine Beitragsanpassung auf die nächste Altersstufe durch.
- 6.2.2 Die Beitragsanpassung erfolgt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das genannte Lebensjahr vollendet. Die Versicherungssummen bleiben dabei unverändert.
- 6.2.3 Es gelten folgende Altersstufen:
- vollendetes 18. Lebensjahr
 - vollendetes 30. Lebensjahr
 - ab vollendetem 61. Lebensjahr jährlich
 - ab vollendetem 80. Lebensjahr keine Erhöhungen mehr
- Ab Vollendung des 61. Lebensjahres erhöht sich der Beitrag jährlich zum Ende des Versicherungsjahres jeweils um 5 %. Grundlage für die jährliche Beitragssteigerung ab dem vollendeten 61. Lebensjahr bildet der Beitrag, der in dem jeweils vorangegangenen Versicherungsjahr zu entrichten war.
- Die Entwicklung Ihres individuell ermittelten Beitrags in Abhängigkeit von den Altersstufen können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- 6.2.4 Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung in Textform kündigen. Ihre Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam.
- 7.2 Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie oder die versicherte Person vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
- Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben und
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
- Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.
- Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- 7.5 Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zu Folge, ist uns dies innerhalb von 6 Monaten zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt mit der Kenntnisnahme der Erben von dem Tod der versicherten Person zu laufen.

Der Leistungsfall

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

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 dieser Bedingungen geregelt. Für Infektionen finden Sie weitere Hinweise unter Ziffer 1.4.9 bzw. 1.5.10.

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

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

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine in Ziffer 7 genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzen, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass

- Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben oder
- die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war,

bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

9. Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

Beispiel:

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades 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 nach Ziffer 9.1 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 erbracht haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2.1 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung/ Kündigung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.

	Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.	11.1	Beitrag und Versicherungsteuer
10.2.3	Vertragsbeendigung Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Jahres in Textform zugehen.	11.1.1	Beitragszahlung und Versicherungsperiode Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Versicherungsperiode: Sie beträgt <ul style="list-style-type: none"> - bei Monatsbeiträgen einen Monat, - bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, - bei Halbjahresbeiträgen ein halbes Jahr und - bei Jahresbeiträgen ein Jahr.
10.3	Kündigung nach Versicherungsfall Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben oder wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfall-Rente gezahlt haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), wirksam wird. Eine Kündigung durch uns wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.	11.1.2	Versicherungsteuer Der in der Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
		11.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erster oder einmaliger Beitrag
		11.2.1	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung Den im Versicherungsschein genannten ersten oder einmaligen Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins bezahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
		11.2.2	Späterer Beginn des Versicherungsschutzes Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Dies gilt nur, wenn wir Sie hierauf durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
10.4	Versicherungsjahr Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. <u>Ausnahme:</u> Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre. <u>Beispiel:</u> <i>Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.</i>	11.2.3	Rücktritt Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
	Der Versicherungsbeitrag	11.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag
11.	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?		

- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
- Die Folgebeiträge werden, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.
- Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug**
- Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.
- Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).
- 11.3.3 Zahlungsfrist**
- Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
 - die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
- Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.3 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
 - können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.3 darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**
- Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.
- Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
- Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**
- Wenn Sie während der Vertragsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - zum Sterbedatum mindestens ein minderjähriges Kind versichert war,
- gilt Folgendes:
- 11.6.1** Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das mitversicherte minderjährige Kind das 21. Lebensjahr vollendet.
- 11.6.2** Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit**
- 11.7.1 Voraussetzungen**
- Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis, verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers unverschuldet Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei dem zuständigen Arbeitsamt

arbeitslos. Unverschuldet heißt, der Kündigungsgrund liegt nicht in Ihrem Verhalten begründet.

Das Arbeitsverhältnis

- ist sozialversicherungspflichtig,
- ist unbefristet,
- ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages ungekündigt.
- hat eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden.
- unterliegt dem deutschen Arbeitsrecht und ist **nicht** zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf oder zum Zweck der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.
- besteht seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber.

Andere Arbeitsverhältnisse bleiben unversichert. Die Voraussetzungen eines versicherten Arbeitsverhältnisses sowie die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Geeignete Unterlagen erstellen Ämter, Behörden und Arbeitgeber. Die Besorgung und Einreichung der Nachweise erfolgt auf Ihre Kosten.

11.7.2 **Wartezeit**

Kein Anspruch auf beitragsfreie Weiterführung besteht, wenn die Arbeitslosigkeit innerhalb von 12 Monaten nach dem Versicherungsbeginn eintritt. Bei einem Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft der Unfallversicherung beginnt die Wartezeit erneut zu laufen.

11.7.3 **Wann beginnt und wann endet die Beitragsbefreiung?**

Der Vertrag wird nach Ablauf einer Karenzzeit von 3 Monaten beitragsfrei gestellt. Die Karenzzeit beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als drei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu gilt die Beitragsbefreiung erst mit dem Zugang des Nachweises.

Die Beitragsbefreiung endet - auch rückwirkend - mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung. Bei erneuter Arbeitslosigkeit setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung muss, sofern von uns nicht anders mitgeteilt, mindestens alle 3 Monate nachgewiesen werden.

Nach der Beendigung der Beitragsbefreiung wird der Vertrag beitragspflichtig weitergeführt.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

11.7.4 **Art und Höhe der Leistung**

Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht mit den zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen. Wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben, entfällt diese.

Eine Beitragsanpassung aufgrund altersabhängiger Beiträge wird bis zum Ende der Beitragsbefreiung aufgeschoben.

Das Kündigungsrecht nach Ziffer 10.2 und 10.3 gilt weiterhin.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 **Fremdversicherung**

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

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

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

12.2 **Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**

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

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

13.1 **Vorvertragliche Anzeigepflicht**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig in Textform anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung den Vertrag überhaupt

oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung
- aber noch vor unserer Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und Beantwortung der an sie gestellten Fragen verpflichtet.

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

13.2 **Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

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

- vom Vertrag zurücktreten (Ziffer 13.2.1),
- den Vertrag kündigen (Ziffer 13.2.2),
- den Vertrag anpassen (Ziffer 13.2.3),
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Ziffer 13.4).

13.2.1 **Rücktritt**

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben

- weder vorsätzlich
- noch grob fahrlässig

gemacht haben.

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

Im Fall des Rücktritts

- haben Sie keinen Versicherungsschutz.
- sind wir und Sie verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurück zu gewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfangs zu verzinsen. Uns steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 **Kündigung**

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

13.2.3 **Rückwirkende Vertragsanpassung**

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

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

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

- wir den Beitrag im Rahmen der Vertragsanpassung um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsanpassung hinweisen.
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte**
- Unsere Rechte zu Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Anzeigepflichtverletzung, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.
- Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.
- Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch noch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.
- 13.4 Anfechtung**
- Wir können den Vertrag auch anfechten, wenn unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.
- Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**
- Die Absätze 13.1 bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.
- 14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 14.1 Gesetzliche Verjährung**
- Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 Aussetzung der Verjährung**
- Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 15. Welches Gericht ist zuständig?**
- 15.1** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- Das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
 - Das Gericht Ihres Wohnortes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- 15.2** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie als natürliche Person ist das Gericht Ihres Wohnortes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.
- Sind Sie als Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder der Niederlassung. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Personengesellschaft ist.
- 15.3** Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- 16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 16.1** Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- An unsere Hauptverwaltung oder

- an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle.
- 16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass die vorliegenden Bedingungen nicht zum Nachteil von den jeweils aktuellen vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) veröffentlichten Musterbedingungen abweichen.

sen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

Darüber hinaus können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die BaFin können Sie über folgende Wege erreichen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?

Unser Beschwerdemanagement

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden.

Anschrift:
ÖSA Versicherungen
Beschwerdemanagement
Am Alten Theater 7
39104 Magdeburg
Internet: www.oesa.de/beschwerdemanagement
Telefon: 0391 7367 367

Versicherungsombudsmann

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns. Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlos-

Besondere Bedingungen für die zusätzlichen Hilfeleistungen

Zusätzliche Hilfeleistungen

Geltungsbereich:

Die allgemeinen Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Voraussetzung für die Leistung:

Unabhängig vom Eintritt eines Versicherungsfalles bieten wir bei Bedarf die nachfolgenden Leistungen als Service.

Inanspruchnahme der Leistung:

Die versicherte Person - in Notfällen auch eine nahe stehende Person - ruft bei uns an und erhält telefonisch Informations-, Benennungs- und Vermittlungsleistungen.

Sie erreichen uns Montag bis Freitag von 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter der Telefonnummer **0391 73 67 777** und in Notsituationen auch außerhalb dieser Zeiten.

Es erfolgt keine Übernahme der mit den Dienstleistungen verbundenen Kosten.

Art der Leistung:

Person und Pflege:

Wir benennen und vermitteln

- innerhalb der Bundesrepublik Deutschland **Spezialärzte und -kliniken** zur Behandlung (nicht Begutachtung) von Krankheiten und Verletzungen.
- einen **Botendienst** zur Erledigung der Bankgeschäfte sowie der Behördengänge.
- einen Dienst für die **Besorgung von Einkäufen** (Gegenstände des täglichen Bedarfs).
- einen **Wäscheservice** zum Abholen und Anliefern der Reinigungswäsche sowie der Gardinen.
- **Beratungsstellen**, welche Hilfestellung für Senioren und deren Angehörige leisten (z.B. Beantwortung der Fragen zu Pflege und Betreuung, Umgang mit Behörden usw.). Ferner ist der Versicherer bei der Beschaffung von großen Pflegehilfsmitteln über Sanitärgeschäfte behilflich.
- einen täglichen **Menüservice** zur Anlieferung einer warmen Mahlzeit.
- **ambulante Kurzzeitpflegedienste** zur Grundpflege nach ärztlicher Verordnung (z.B. Teil- oder Ganzwaschungen, Lagern und Betten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme).
- die Installation eines **medizinischen Hausnotrufes**.
- einen **Rehabilitations- und Pflegeheimplatz** zur temporären oder dauerhaften Unterbringung der versicherten Person.
- einen **Fahrdienst** zur Einhaltung der Termine bei **Ärzten und Behörden sowie für Apothekengänge**.
- eine **Haushaltshilfe** zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt (z.B. Reinigung der Wohnung, Blumengießen, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, Bügeln, Schuhpflege).
- einen **Gartenservice** zur Verrichtung der anfallenden Tätigkeiten zur Pflege des Gartens.
- innerhalb der Bundesrepublik Deutschland Tierpensionen und Tierhotels.
- **Architekten** innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zur bedarfsorientierten und behindertengerechten Umgestaltung des Wohnraumes.

Wir benennen Seminare für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige.

Reisen und Mobilität:

Wir benennen und vermitteln

- **deutsch oder englisch sprechende Ärzte** in den jeweiligen Reiseorten bzw. -zielen im Ausland.
- innerhalb der Bundesrepublik Deutschland **Spezialunternehmen** zum Umbau von Kraftfahrzeugen sowie zur Neubeschaffung behindertengerechter Kraftfahrzeuge.
- Dienste, die den Heimtransport von mitgeführten Haustieren durchführen.
- innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein **Fahrsicherheitstraining**.
- **Dolmetscher**, die telefonische Hilfestellung geben, wenn eine sprachliche Unterstützung im Ausland möglich und notwendig ist.
- Organisationen zur Durchführung eines Krankenrücktransportes weltweit.
- **unmittelbare telefonische Benachrichtigung** von Angehörigen im Notfall.

Wir informieren über

- für Zielgruppen ausgerichtete **Wissens- und Bildungsprogramme**.
- notwendige **medizinische Vorkehrungen** z. B. notwendige Impfungen für das jeweilige Reiseland.
- speziell für Zielgruppen ausgerichtete **Sprach-, Bildungs- sowie Wellness-Reisen** und vermittelt auf Wunsch die Buchung der Reise.

Wir benennen Krankenhäuser und Kliniken in den jeweiligen Reiseorten bzw. -zielen im Ausland.

Wir vermitteln

- die **Reisebuchung** für die Rückreise der versicherten Person an den ständigen Wohnsitz bei Erkrankung oder Tod von Familienangehörigen sowie bei drohendem Verlust des Vermögens des Versicherungsnehmers.
- die **Reisebuchung für den Besuch** (Hin- und Rückreise) einer der versicherten Person nahe stehenden Person, falls die versicherte Person auf einer Reise im Ausland erkrankt.

Erben und Vererben:

Wir benennen und vermitteln

- Bestattungsunternehmen.
- auf Wunsch speziell **geschulte Psychologen**.
- **Rechtsbeistände** zur Klärung von Fragen im Bereich Betreuungsrecht, Unterhaltsrecht und Erbrecht. Ansprechpartner und Anwälte zu den Themen Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten.
- Unternehmen zur **Wohnungsauflösung** sowie zur Unterstellung von Möbeln.
- innerhalb der Bundesrepublik Deutschland Unternehmen zur Ausführung der **Grab- sowie Grabsteinpflege**.

Wir informieren die Angehörigen bei Tod der versicherten Person (u. a. Klärung von Versicherungsfragen, Hinweise auf notwendige Behördengänge usw.).

Haus und Wohnen:

Wir benennen und vermitteln im Bedarfsfall Hilfestellungen bei der Suche nach

- Handwerkerdiensten zur **Verrichtung kleinerer Handwertätigkeiten** (Ausführung von bspw. Malerarbeiten, Aufhängen von Bildern)
- Hausmeisterdiensten zur **Einhaltung der Hausordnung** (bspw. Verrichtung des Winterdienstes, Räumung der Gehwege)
- Unternehmen der **Wach- und Sicherheitstechnik**, sowie Haushüter-Agenturen zur Durchführung von Objektüberwachungen)
- Unternehmen zur **Durchführung von Sicherheitschecks** (Brandmelde-, Zutrittskontroll- und Einbruch-Meldetechik, Videoüberwachung) rund um das Wohngebäude/Wohnung
- **Schlüsselnotdiensten** zum Öffnen der Haus-/Wohnungstür aufgrund Verlust oder Defekt des Wohnungsschlüssels
- Unternehmen zum **Möbeltransport** sowie zur **Unterstellung von Möbeln**; auf Wunsch auch Bereitstellung einer Umzugs-Checkliste
- geeigneten Dienstleistern für **das Beseitigen von verunreinigten Gebäudefassaden** (Graffiti, Vandalismus)

Wir benennen und vermitteln im Notfall

- organisatorische Hilfestellung bei der **Reservierung und Buchung eines Hotels** im Namen des Betroffenen (Unbewohnbarkeit des Hauses)
- Architekten und Ingenieure zur **Umgestaltung des Wohnraumes**

Berufsgruppenverzeichnis zum ÖSA UnfallSchutz Basis, Komfort, Premium

Im Folgenden beschreiben wir beispielhaft eine Auswahl von Berufen und teilen diese in 3 verschiedene Gefahrengruppen ein. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Sie soll Ihnen eine Orientierung bei der Einordnung Ihrer Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu einer der beschriebenen Gefahrengruppe bieten. Bestehen Zweifel, zu welcher Gefahrengruppe Ihre Berufstätigkeit oder Beschäftigung gehört, setzen Sie sich bitte mit unserer Fachabteilung Unfall-Betrieb oder mit Ihrer ÖSA-Vertretung in Verbindung.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Gefahrengruppe A

Die Einstufung in die Gefahrengruppe A erfolgt für versicherte Personen, die:

- keine körperliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben.

Grundsätzlich handelt es sich dabei um:

- Berufe mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst,
- eine leitende oder Aufsicht führende Tätigkeit im Betrieb oder auf Baustellen,
- eine Tätigkeit im Laden, im Labor (Tätigkeiten mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen entsprechen der Gefahrengruppe B), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege.

Dazu zählen beispielsweise kaufmännisch tätige Personen, technische Leiter, aufsichtführende Meister, Verkaufspersonal.

Beispiele für Gefahrengruppe A:

Ärzte (Humanmediziner), Angestellte (kaufmännisch), Apotheker, Architekten, Arzthelfer, Augenoptiker, Bankangestellte, Bauleiter, Beamte, Controller, Designer, Erzieher, Geschäftsführer (Kaufmann/- frau), Hauswirtschaftler, Hebammen, Heilpraktiker, Hotelfachfrau/-mann, Informatiker, Ingenieure, Journalisten, Juristen, Krankenpflegepersonal, Lehrer, medizinische Fachangestellte, Postboten, Rentner, Sachbearbeiter, Schüler, Sozialarbeiter, Steuerberater, Studenten, Technische Zeichner, Therapeuten, Verkäufer, Zahntechniker, Zugbegleitpersonal.

2. Gefahrengruppe B

Die Einstufung in die Gefahrengruppe B erfolgt für versicherte Personen:

- mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder
- wenn es sich bei der beruflichen Tätigkeit um eine Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen handelt.

Übt eine Person auch nur gelegentlich Tätigkeiten der Gefahrengruppe B aus, wird der Beitrag der Gefahrengruppe B berechnet.

Auch Angehörige der Bundeswehr und der Bundespolizei sowie im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung, Berufskraftfahrer, Landarbeiter, Tänzer, Turn-, Sport und Tanzlehrer werden in der Gefahrengruppe B versichert.

Beispiele für Gefahrengruppe B:

Anlagenmechaniker, Arbeiter, Bäcker, Dachdecker, Elektriker, Elektroinstallateure, Elektroniker, Fleischer, Fliesenleger, Gärtner, Hausmeister, Heizungsbauer, Kraftfahrer, Lagerarbeiter, Landwirt, Maler, Maschinenführer, Maurer, Mechaniker, Monteure, Polizeibeamte, Produktionshelfer, Schlosser, Schweißer, Soldaten, Techniker, Tischler, Zimmerleute.

3. Gefahrengruppe C

Die Einstufung in die Gefahrengruppe C erfolgt für versicherte Personen als Selbstständige, die aufgrund Ihrer Tätigkeit in Gefahrengruppe B einzustufen sind.

Dazu zählen beispielsweise selbstständige Handwerker, selbstständige Tierärzte, selbstständige Landwirte oder selbstständige Gärtner mit körperlicher Berufsarbeit.

Soweit im Berufsgruppenverzeichnis bei Landwirtschafts-, Handwerks- und Gärtnerarbeiten die Gefahrengruppe B vorgesehen ist, gilt für Selbstständige die Gefahrengruppe C.

4. Gefährliche Berufe

Bei außertariflichen Risiken, insbesondere bei Artisten, Stuntmen, Rennreitern, Testfahrern, Munitionssuch- und -räumtrupps (auch Minen u. ä.), Sprengpersonal, Tauchern und Tierbändigern ist eine Direktionsanfrage erforderlich.

5. Berufs-, Profi- und Leistungssportler

Berufs-, Profi- und Leistungssportler, die den überwiegenden Teil ihres Lebensunterhalts aus der sportlichen Tätigkeit erzielen, können **nicht im ÖSA UnfallSchutz** versichert werden.

Alle anderen Leistungs-/Spitzensportler können, unabhängig von der Einkommenshöhe und der in der jeweiligen Sportart verwendeten Bezeichnung, ebenfalls **nicht im ÖSA UnfallSchutz** versichert werden. Dazu gelten z.B. folgende Sportarten/Ligen:

Sportart	Ligen
Fußball (Herren)	1., 2., 3. Bundesliga sowie Regionalliga
Fußball (Damen)	1. und 2. Bundesliga
Handball	1. und 2. Bundesliga
Eishockey	Deutsche Eishockey Liga (DEL), DEL2 und Oberliga Nord/Süd
Feldhockey	1. Feldhockey-Bundesliga
Basketball	1. Bundesliga
Volleyball	1. Bundesliga
Wasserball	Deutsche Wasserball-Liga
American Football (Herren)	German Football League (GFL), European League of Football (ELF)
American Football (Damen)	Football-Bundesliga
Rugby	1. Bundesliga
Ringensportarten	Ringensportarten-Bundesliga
Trampolin	Trampolin-Bundesliga
Turnen	Turnen-Bundesliga
Boxen	1. und 2. Bundesliga
Kampfsportarten	1. Bundesliga (z.B. Judo und Kickboxen)
sonstige Sportarten	Bundesliga oder vergleichbare Leistungsklasse (regelmäßige Teilnahme an Wettbewerben auf hohem Niveau; z.B. Sportler, die an Europa- und Weltmeisterschaften, an Olympischen Spielen oder anderen internationalen Wettbewerben teilnehmen)

Im Zweifelsfall ist eine Direktionsanfrage erforderlich.

Hobby-Sportler (Breitensport) und Vertragsamateure aller anderen Sportarten können hingegen ohne Einschränkungen im Rahmen des ÖSA UnfallSchutzes (Basis, Komfort oder Premium) versichert werden.

Zusatzbedingungen für aktive Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren in Sachsen-Anhalt

Die Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) werden wie folgt erweitert:

Die versicherte Person ist mit der Hälfte der im Versicherungsschein genannten Invaliditätsgrundsumme, maximal 25.000 EUR (einfache Invalidität), zusätzlich versichert, wenn sie als ordentliches Mitglied der Freiwilligen Feuer- oder Jugendfeuerwehr im Rahmen der Diensttätigkeit einen Unfall erleidet.

Für die zusätzliche Versicherungssumme gelten im Übrigen die Regelungen zur Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, und zu Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB abweichende Gliedertaxen finden für den gesamten erhöhten Versicherungsschutz keine Anwendung.

1. Feuerwehrmitglieder

Unter den erhöhten Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle, von denen die Mitglieder der Feuerwehr in Ausübung ihrer gesamten Diensttätigkeit, bei Feuer- und Wassernot, bei Wachen, Übungen und Hilfeleistungen, bei Unglücksfällen, bei Reisen zu Feuerwehrversammlungen und ähnlichen Gelegenheiten, überhaupt in allen Fällen, betroffen werden, in welchen die Feuerwehr nach allgemeinem oder jeweiligem besonderen Auftrag der zuständigen Stelle in Tätigkeit tritt,
- Unfälle von Mitgliedern bei unaufgeforderter Hilfeleistung, sofern es sich um Hilfeleistungen handelt, die sich im Rahmen der Tätigkeit des Feuerwehrmannes bewegen,
- Unfälle auf den direkten Wegen zu und von der Dienststätte.
Der erhöhte Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. durch Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.
- Körperbeschädigungen, die nachweisbar als Folge von Rauchentwicklung bei Gelegenheit eines bestimmten Brandfalles entstehen, werden als Unfälle betrachtet und fallen unter den erhöhten Versicherungsschutz.

2. Jugendfeuerwehrmitglieder

Unter den erhöhten Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle, von denen die Mitglieder der Jugendfeuerwehr bei dem von der Wehr anberaumten und unter Leistung stattfindenden Dienst in der Jugendgruppe der Freiwilligen Feuerwehr betroffen werden,
- die Jugendarbeit, insbesondere Spiel und Sport, Wanderungen und Fahrten, Zeltlager und Jugendtreffen, Basteln und Werken, Singen und Musizieren, Vorträge und Aussprachen, Begegnungen, Treffen und Wettkämpfe mit anderen Jugendfeuerwehren und Jugendgruppen einschließlich Auslandsfahrten,
- die feuerwehrtechnische Ausbildung der Jungfeuerwehrmänner.
Sie erfolgt auf der Grundlage der Ausbildungsvorschrift für die Feuerwehr unter Anpassung an die Leistungsfähigkeit der Jugendlichen. Die Ausbildung erstreckt sich auf die theoretische Schulung in allen Sparten des Feuerlösch- und Rettungswesens und auf die praktische Ausbildung an den Geräten.
- Unfälle an Einsatzstellen der Feuerwehr fallen nur dann unter den erhöhten Versicherungsschutz, wenn der Jungfeuerwehrmann mindestens 14 Jahre alt ist und eine feuerwehrtechnische Ausbildung abgeschlossen hat. Der Einsatz darf sich nur auf die rückwärtigen Dienste (bis zum Verteiler) erstrecken und muss stets im Zusammenwirken mit erfahrenen aktiven Feuerwehrmännern erfolgen.
- Unfälle auf dem unmittelbaren Wege zu und von dem versicherten Dienst.
Der erhöhte Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. durch Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Familien-Vorsorgeversicherung in der Allgemeinen Unfallversicherung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit beitragsfreier Familien-Vorsorgeversicherung vereinbart. In diesem Rahmen wird der Versicherungsschutz in folgendem Umfang erweitert:

1. Voraussetzung für die Leistungen

Der Versicherungsschutz gilt,

- wenn Sie während der Vertragsdauer vor Vollendung des 50. Lebensjahres heiraten bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft schließen oder
- für während der Vertragsdauer neugeborene Kinder bzw. Adoptivkinder

Die Familien-Vorsorgeversicherung setzt voraus, dass mit ihrem Beginn Ihre Unfallversicherung bereits bestanden hat. Sie muss auch zum Unfallzeitpunkt noch bestehen. Sie erhalten den Vorsorgeschutz, sofern die neu hinzukommenden Personen nicht bereits bei uns unfallversichert sind.

2. Art und Höhe der Leistungen, Dauer

- Der hinzukommende Ehepartner ist ab dem Tag der Heirat,
- der hinzukommende Lebenspartner ist ab dem Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft,
- die hinzukommenden leiblichen Kinder sind ab dem Tag der Geburt und
- Adoptivkinder sind ab dem Tag der Adoption

für sechs Monate mit den Versicherungssummen von

- 50.000 Euro für den Invaliditätsfall und
- 10.000 Euro für den Todesfall
- 10 Euro Krankenhaustagegeld

im ÖSA UnfallSchutz Komfort versichert.

3. Einschränkungen der Leistungspflicht

Die Familien-Vorsorgeversicherung endet für die hinzukommende Person vor Ablauf der Dauer gemäß Ziffer 2, sobald ein Einschluss in diesen Vertrag erfolgt oder ein neuer Unfallversicherungsvertrag bei uns geschlossen wird.

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

Die unter Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingungen genannten Versicherungssummen nehmen an einer für den Vertrag vereinbarten Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

Unberücksichtigt bleiben auch vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, Mehrleistungen im Invaliditätsfall und zu Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) abweichende Gliedertaxen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AVB ÖSA UnfallSchutz gilt:

Höhe der Leistung

1. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall-Bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfall-bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfall-bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfall-bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26,00	28,00	45,00	85,00	64,00	170,00	83,00	265,00
27,00	31,00	46,00	88,00	65,00	175,00	84,00	270,00
28,00	34,00	47,00	91,00	66,00	180,00	85,00	275,00
29,00	37,00	48,00	94,00	67,00	185,00	86,00	280,00
30,00	40,00	49,00	97,00	68,00	190,00	87,00	285,00
31,00	43,00	50,00	100,00	69,00	195,00	88,00	290,00
32,00	46,00	51,00	105,00	70,00	200,00	89,00	295,00
33,00	49,00	52,00	110,00	71,00	205,00	90,00	300,00
34,00	52,00	53,00	115,00	72,00	210,00	91,00	305,00
35,00	55,00	54,00	120,00	73,00	215,00	92,00	310,00
36,00	58,00	55,00	125,00	74,00	220,00	93,00	315,00
37,00	61,00	56,00	130,00	75,00	225,00	94,00	320,00
38,00	64,00	57,00	135,00	76,00	230,00	95,00	325,00
39,00	67,00	58,00	140,00	77,00	235,00	96,00	330,00
40,00	70,00	59,00	145,00	78,00	240,00	97,00	335,00
41,00	73,00	60,00	150,00	79,00	245,00	98,00	340,00
42,00	76,00	61,00	155,00	80,00	250,00	99,00	345,00
43,00	79,00	62,00	160,00	81,00	255,00	100,00	350,00
44,00	82,00	63,00	165,00	82,00	260,00		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AVB ÖSA UnfallSchutz gilt:

Höhe der Leistung

1. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall- bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe						
%	%	%	%	%	%	%	%
26,00	28,00	45,00	85,00	64,00	212,00	83,00	364,00
27,00	31,00	46,00	88,00	65,00	220,00	84,00	372,00
28,00	34,00	47,00	91,00	66,00	228,00	85,00	380,00
29,00	37,00	48,00	94,00	67,00	236,00	86,00	388,00
30,00	40,00	49,00	97,00	68,00	244,00	87,00	396,00
31,00	43,00	50,00	100,00	69,00	252,00	88,00	404,00
32,00	46,00	51,00	108,00	70,00	260,00	89,00	412,00
33,00	49,00	52,00	116,00	71,00	268,00	90,00	420,00
34,00	52,00	53,00	124,00	72,00	276,00	91,00	428,00
35,00	55,00	54,00	132,00	73,00	284,00	92,00	436,00
36,00	58,00	55,00	140,00	74,00	292,00	93,00	444,00
37,00	61,00	56,00	148,00	75,00	300,00	94,00	452,00
38,00	64,00	57,00	156,00	76,00	308,00	95,00	460,00
39,00	67,00	58,00	164,00	77,00	316,00	96,00	468,00
40,00	70,00	59,00	172,00	78,00	324,00	97,00	476,00
41,00	73,00	60,00	180,00	79,00	332,00	98,00	484,00
42,00	76,00	61,00	188,00	80,00	340,00	99,00	492,00
43,00	79,00	62,00	196,00	81,00	348,00	100,00	500,00
44,00	82,00	63,00	204,00	82,00	356,00		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 700 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AVB ÖSA UnfallSchutz gilt:

Höhe der Leistung

1. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.
3. Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 90 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 20 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfall- bedingter Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe						
%	%	%	%	%	%	%	%
26,00	28,00	45,00	85,00	64,00	212,00	83,00	364,00
27,00	31,00	46,00	88,00	65,00	220,00	84,00	372,00
28,00	34,00	47,00	91,00	66,00	228,00	85,00	380,00
29,00	37,00	48,00	94,00	67,00	236,00	86,00	388,00
30,00	40,00	49,00	97,00	68,00	244,00	87,00	396,00
31,00	43,00	50,00	100,00	69,00	252,00	88,00	404,00
32,00	46,00	51,00	108,00	70,00	260,00	89,00	412,00
33,00	49,00	52,00	116,00	71,00	268,00	90,00	420,00
34,00	52,00	53,00	124,00	72,00	276,00	91,00	448,00
35,00	55,00	54,00	132,00	73,00	284,00	92,00	476,00
36,00	58,00	55,00	140,00	74,00	292,00	93,00	504,00
37,00	61,00	56,00	148,00	75,00	300,00	94,00	532,00
38,00	64,00	57,00	156,00	76,00	308,00	95,00	560,00
39,00	67,00	58,00	164,00	77,00	316,00	96,00	588,00
40,00	70,00	59,00	172,00	78,00	324,00	97,00	616,00
41,00	73,00	60,00	180,00	79,00	332,00	98,00	644,00
42,00	76,00	61,00	188,00	80,00	340,00	99,00	672,00
43,00	79,00	62,00	196,00	81,00	348,00	100,00	700,00
44,00	82,00	63,00	204,00	82,00	356,00		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Ärzte (Human- und Dentalmediziner/innen und Tierärzte/innen)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

1. Was sind die verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall?

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

	ÖSA UnfallSchutz Komfort	ÖSA UnfallSchutz Premium
Arm	100 %	100 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %	100 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %	100 %
Hand	100 %	100 %
Daumen	60 %	60 %
Zeigefinger	60 %	60 %
anderer Finger	20 %	20 %
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens:	100 %	100 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	70 %	70 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %	70 %
Fuß	70 %	70 %
große Zehe	8 %	10 %
andere Zehe	3 %	5 %
Auge	80 %	80 %
Gehör auf einem Ohr	35 %	40 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %	80 %
Geruchssinn	10 %	20 %
Geschmackssinn	5 %	15 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 %. Ist er nur um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 %.

Im Übrigen gelten die Regelungen zur Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 AVB ÖSA UnfallSchutz.

Diese Gliedertaxen gelten nur für die Leistungsart Invalidität. Beachten Sie, dass nach den Ziffern 2.2.1 und 2.3.1 AVUB ÖSA UnfallSchutz bei den Leistungsarten Unfall-Rente und Unfall-Rente mit Verdopplung ab einem Invaliditätsgrad von 90% diese vereinbarten besonderen Gliedertaxen für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt bleiben.

2. Aufgabe der Tätigkeit als Arzt

Wenn Sie Ihre Tätigkeit als Arzt aufgeben, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. In diesem Fall entfallen diese Besonderen Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Ärzte und es gelten ausschließlich die in Ziffer 2.1.2.2.1 AVB ÖSA UnfallSchutz festgelegten festen Invaliditätsgrade.

Besondere Bedingungen zum Tarif für Angehörige des öffentlichen Dienstes (ÖD) und für Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Berechtigung zum Tarif für Angehörige des Öffentlichen Dienstes (ÖD) / Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr vereinbart.

1. Was gilt bei Fortfall der Berechtigung?

Bei Fortfall der Berechtigung zum Tarif für

- Angehörige des Öffentlichen Dienstes (ÖD)
- Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr

gilt ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA Unfall-Schutz):

1.1 Scheiden Sie oder die versicherte Person aus

- dem öffentlichen Dienst bzw.
- der Freiwilligen Feuerwehr

aus, sind Sie verpflichtet, uns dies unverzüglich anzuzeigen.

Ausnahme:

Ruhestand gilt insoweit nicht als Ausscheiden.

Ihre Versicherung wird dann auf den Normaltarif umgestellt.

1.2 Wir gewähren in diesem Fall noch für die Dauer von 6 Monaten nach dem Ausscheiden den vollen Versicherungsschutz zu unveränderten Bedingungen. Für den Zeitraum nach Ablauf der 6 Monate haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht spätestens 6 Monat nach dem Ausscheiden mit oder ist zwischen Ihnen und uns innerhalb dieser Frist keine Einigung über den zukünftig von Ihnen zu leistenden Mehrbeitrag erzielt worden, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit mit reduzierten Versicherungssummen und dem bisherigen Beitrag fort.

1.3 Diese Regelung gilt auch für Ihren mitversicherten Ehe-/Lebenspartner, wenn Sie aus dem öffentlichen Dienst bzw. der Freiwilligen Feuerwehr ausscheiden.

2. Was gilt, wenn Sie uns den Fortfall der Berechtigung nicht anzeigen?

Zeigen Sie uns den Fortfall der Berechtigung zum Tarif für

- Angehörige des Öffentlichen Dienstes (ÖD)
- Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr

nicht an und tritt nach dieser Änderung ein Versicherungsfall ein, bemessen sich unsere Leistungen nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

Besondere Bedingungen für Leistungen aus dem PersonenSchutzbrief

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz um Beistandsleistungen erweitert.

Ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen:

Umfang des Versicherungsschutzes

- | | |
|---|---|
| <p>1. Gegenstand des Personen-Schutzbriefes, Versicherungsfall</p> <p>1.1 Im Versicherungsfall erbringen wir Beistandsleistungen durch Organisation mit Kostenübernahme nach den Ziffern 5 und 6.</p> <p style="padding-left: 20px;">Eine Geldersatzleistung für von Ihnen selbst beauftragte Dienstleister wird nicht erbracht mit Ausnahme von Ziffer 5.1.7.</p> <p>1.2 Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ...</p> <p>1.2.1 die Voraussetzungen für die Erhebung des Anspruchs auf Beistandsleistungen nach den Ziffern 5 und 6 gegeben sind und</p> <p>1.2.2 der Anspruch auf Beistandsleistung durch eine versicherte Person bei der Service-Hotline geltend gemacht wird.</p> <p>1.3 Den versicherten Personen steht in allen Lebenslagen an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr eine Service-Hotline zur Verfügung. Kann sich eine versicherte Person anlässlich einer besonderen Notsituation nicht selbst bei der Service-Hotline melden, ist dies im Ausnahmefall auch durch dritte Personen möglich.</p> <p>2. Welche Personen sind nicht versicherbar</p> <p>2.1 Ergänzend zu Ziffer 4 AVB ÖSA Unfall-Schutz sind pflegebedürftige Personen im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder Sozialen Pflegeversicherung ab dem Datum der Einstufung in mindestens Pflegegrad 2 nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert.</p> <p>2.2 Der Versicherungsschutz über diese Besonderen Bedingungen erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 2.1 nicht mehr versicherbar ist.</p> | <p>2.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag für den in diesen Besonderen Bedingungen beschriebenen Versicherungsschutz zahlen wir zurück.</p> <p>3. Begrenzung der Leistungen</p> <p>3.1 Entschädigung je Versicherungsfall und Dauer der Leistung</p> <p>Die Leistungen für die Organisation mit Kostenübernahme nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziffer 5 sind je Versicherungsfall begrenzt auf den jeweils vereinbarten Betrag und/oder die vereinbarte Frequenz. <p>Sofern für einzelne Leistungen keine kürzere Höchstleistungsdauer angegeben ist, werden die Leistungen je Versicherungsfall längstens für 9 Monate erbracht. Dies gilt vor allem, wenn sich die jeweils versicherte Person wegen desselben Unfalls oder derselben Krankheit mehrmals in Behandlung befindet.</p> <p>Insgesamt sind die Leistungen pro Versicherungsjahr unabhängig von der Anzahl der Leistungsfälle auf die jeweils geltende Höchstleistungsdauer beschränkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziffer 6 sind je Versicherungsfall begrenzt auf den jeweils vereinbarten Betrag. <p>Alle Leistungen werden nur einmal je Versicherungsfall erbracht.</p> <p>3.2 Geltungsbereich</p> <p>Die versicherten Leistungen gemäß</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziffer 5 erbringen wir ausschließlich am ständigen Wohnsitz der versicherten Personen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. |
|---|---|

- Ziffer 6 erbringen wir auf Reisen weltweit. Reise ist jede Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz von mindestens zwei Tagen bis zu einer Höchstdauer von fortlaufenden sechs Wochen.
- 3.3 Sonstige Beschränkungen
- 3.3.1 Die Leistungen enden, wenn für die versicherte Person, für die die Leistungen erbracht werden sollen, ein Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung anerkannt wird.
- 3.3.2 Die von uns nach den Ziffern 5 und 6 zu übernehmenden Kosten zahlen wir direkt an den Dienstleistungsbetrieb.
- Sofern jedoch die durch uns zu übernehmenden Kosten für die Erbringung der Leistungen nicht ausreichen, stellt der Dienstleistungsbetrieb den darüber hinausgehenden Betrag der versicherten Person direkt in Rechnung.
- 3.3.3 Wir tragen keine Verantwortung für die ordnungsgemäße Ausführung der Tätigkeiten für die nach den Ziffern 5 und 6 beauftragten, benannten oder vermittelten Unternehmen.
- 4. Ausschlüsse**
- Ergänzend zu Ziffer 5 AVB ÖSA UnfallSchutz ist der Anspruch auf Beistandsleistungen gemäß der Ziffern 5 und 6 ausgeschlossen,
- 4.1 wenn die betreffende versicherte Person die Voraussetzungen für die Erhebung des Anspruchs auf versicherte Beistandsleistungen grob fahrlässig oder vorsätzlich herbeigeführt hat.
- 4.2 wenn die Voraussetzungen für die Erhebung des Anspruchs innerhalb des letzten Jahres vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten waren, bestanden haben oder festgestellt wurden.
- 4.3 Ausnahme:
- Die Ausschlüsse nach Ziffer 5.2 AVB ÖSA UnfallSchutz finden für diese Besonderen Bedingungen keine Anwendung.
- 5.1 Haushaltsnahe Hilfeleistungen
- Die Leistungen werden je Versicherungsfall längstens für 9 Monate erbracht.
- 5.1.1 Hausnotruf
- Wir organisieren die Installation eines Hausnotrufes einschließlich der technischen Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufes (inkl. Schlüsselverwaltung).
- Die Kosten für die technische Bereitstellung des Hausnotrufdienstes (Standardleistung) werden durch uns übernommen.
- Diese Leistung wird einmalig je Versicherungsfall erbracht.
- 5.1.2 Haushaltshilfe
- Wir organisieren eine Haushaltshilfe zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt (z.B. Reinigung der Wohnung, Blumengießen, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, Bügeln, Schuhpflege), bis zu einmal pro Woche bis 4 Stunden.
- 5.1.3 Menüservice

Organisation mit Kostenübernahme

5. Person und Pflege

Voraussetzung für die Leistung

Die Alltagsaktivität der versicherten Person ist nach

- Wir organisieren einen täglichen Menüservice zur Anlieferung einer warmen Mahlzeit für die versicherte Person.
Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs als Tiefkühlkost jeweils wochenweise oder 14-tägig angeliefert.
Auf Wunsch versorgen wir auch im Haushalt lebende Ehe-/Lebenspartner und minderjährige Kinder.
- Für minderjährige Kinder gilt:
Ggf. weitere Mahlzeiten richten sich in Art und Umfang nach Alter und Selbstständigkeit des Kindes/der Kinder.
- Wir übernehmen die Kosten für die An- und Abfahrten des Dienstleisters sowie die Kosten für das gelieferte Menü.
- 5.1.4 Einkaufsservice
Wir organisieren die Besorgung von Einkäufen (Gegenstände des täglichen Bedarfs), bis zu zweimal pro Woche.
Die Kosten der Gegenstände des Einkaufs werden nicht erstattet.
- 5.1.5 Wäscheservice
Wir organisieren das Waschen, Trocknen und Bügeln der Wäsche und Kleidung in der Wohnung der versicherten Person.
Wir übernehmen die Kosten für die An- und Abfahrten des Dienstleisters bis zu zweimal pro Woche.
- 5.1.6 Gartenpflege
Wir organisieren einen Gartenservice zur Verrichtung der unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Pflege des Gartens, der zur selbst genutzten Wohneinheit gehört, bis zu zweimal im Monat.
Die Leistung umfasst notwendige Arbeiten, wie z. B. den Rasenschnitt, das Schneiden von Hecken oder anderen Gehölzen im Sichtbereich oder das Entfernen von gefährlichem Astwerk.
Die Kosten werden bis zu einer Höhe von insgesamt 1.000 EUR übernommen.
- 5.1.7 Winter- und Streudienst
Wir übernehmen die Kosten des Winter- und Streudienstes zur Räumung der Gehwege, die zur selbst genutzten Wohneinheit gehören.
Die Kosten werden bis zu einer Höhe von insgesamt 1.000 EUR übernommen.
Die Auswahl und Organisation übernehmen Sie selbst.
- 5.1.8 Fahr- und Begleitservice
Wir organisieren für die betreffende versicherte Person einen Fahr- und – wenn medizinisch erforderlich – Begleitservice zu Ärzten, Therapien und zu Behörden-terminen sowie für Apothekengänge.
Eine fachlich, inhaltliche Unterstützung durch die Begleitperson erfolgt nicht.
Dabei übernehmen wir die Kosten für die An- und Abfahrten des Dienstleisters sowie die Kosten der Dienstleistung „Fahr- und Begleitservice“.
Dieser Leistungsanspruch besteht bis zu 2-mal in der Woche in einem Umkreis von maximal 100 km vom ständigen Aufenthalt der versicherten Person.
- 5.1.9 Unterbringung von Haustieren, sofern keine gewerbliche Haltung vorliegt
Wir organisieren die Unterbringung und Versorgung der Haustiere der versicherten Person in einer Tierbetreuungsstätte.
Voraussetzung ist, das Haustier:
- besitzt einen gültigen Impfpass (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen),
 - weist keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall auf.
- Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht.
- Die Kosten für die Unterbringung und Versorgung übernehmen wir für die Dauer von maximal 4 Wochen, höchstens aber bis zu einem Betrag von 500 Euro.
- 5.2 Pflegeleistungen
- 5.2.1 Ambulante Kurzzeitpflege
Wir organisieren für die betreffende versicherte Person einen ambulanten Kurzzeitpflegedienst zur Grundpflege nach ärztlicher Verordnung (z.B. Teil- oder Ganzwaschungen, Lagern und Betten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme), bis zu einmal täglich.
Die Leistung wird solange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens 4 Wochen und bis 21 Stunden pro Woche.
- 5.2.2 Leistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades

- Wir organisieren die Leistungen gemäß der Ziffern 5.1 und 5.2.1 auch für einen Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Lebensgefährten oder Verwandten 1. Grades, mit dem die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und der von ihr in häuslicher Pflege betreut wird, falls die Voraussetzungen für die Erhebung des Anspruchs auf Beistandsleistungen nach Ziffer 5 vorliegen und dazu führen, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen. Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem versicherten Ereignis ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde.
- Werden Sachleistungen durch die gesetzliche Pflegeversicherung übernommen, erbringt der Versicherer Leistungen nur dann, soweit diese nicht von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden. Sofern Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden die Leistungen des Versicherers abweichend von Ziffer 3.1 nach einem Monat.
- 5.2.3 Allgemeine Informationen zu Pflegeleistungen
Ohne Kostenübernahme
- beantworten wir allgemeine Fragen über die gesetzlichen Bestimmungen der Pflegeeinstufung (keine Rechtsberatung) und zu der Beantragung von Pflegesachleistungen und Pflegegeldern (ohne Ausfüllen der Anträge).
 - vermitteln wir große Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Spezialbett, Gehhilfe) über Sanitätsgeschäfte
- 5.3 Leistungen für Kinder
- Wir erbringen für Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, innerhalb eines Zeitraumes von höchstens 6 Wochen folgende Leistungen:
- 5.3.1 Kinderbetreuung (z.B. Hausaufgaben)
- Wir organisieren die Betreuung des Kindes/der Kinder. Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person. Art und Ausmaß der Betreuung legen wir anhand von Alter und Selbstständigkeit des Kindes/der Kinder fest.
- Für die Leistung steht insgesamt ein Zeitraum von bis zu 10 Stunden täglich zur Verfügung.
- Betreuung im Notfall:**
Im Notfall erbringen wir die Leistungen direkt nach einem Unfall oder bei einem unvorhersehbaren, nicht geplanten Krankenhausaufenthalt aufgrund einer plötzlichen schweren Erkrankung direkt nach der Einlieferung ins Krankenhaus höchstens über einen Zeitraum von 48 Stunden am Stück.
- 5.3.2 Kinderfahrdienste
- Wir organisieren einen Fahrdienst zu notwendigen Terminen (z. B. zu Arztterminen, zur Schule, zu Hobbies).
- Der Fahrdienst wird innerhalb eines Umkreises von 25 km von der Wohnung der versicherten Person gewährleistet, soweit diese Fahrten von der versicherten Person erbracht worden wären.
- 6. Reisen und Mobilität**
- Voraussetzung für die Leistung**
- Erleidet die versicherte Person während einer Reise
- einen Unfall oder
 - eine schwere Krankheit oder
 - sollte sie versterben,
- können bei Bedarf die nachfolgenden Leistungen erbracht werden.
- 6.1 Medikamentenversand
- Ist die betreffende versicherte Person auf einer Reise im Ausland zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Medikamente, die an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, organisiert der Versicherer - nach Abstimmung mit dem Hausarzt - den Medikamentenversand und übernimmt die hierfür anfallenden Transportkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
- Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen.
- Die Kosten für die Medikamente werden nicht erstattet.
- 6.2 Krankenbesuch
- Wir organisieren die Reisebuchung für den Besuch (Hin- und Rückreise) einer der betreffenden versicherten Person nahestehenden Person, wenn sich die betreffende

versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung länger als zwei Wochen ununterbrochen in einem Krankenhaus im Ausland aufhalten muss.

Die Kosten werden bis zu einer Höhe von 1.000 EUR übernommen

- 6.3 Heimtransport von Haustieren
- Wir organisieren den Heimtransport von mitgeführten Haustieren, wenn sich eine versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung in einem Krankenhaus aufhalten muss oder verstirbt und übernehmen die entstehenden Kosten. Als Haustiere gelten ausschließlich Hunde, Katzen, Vögel, Hamster, Meerschweinchen und Kaninchen.

Die Kosten werden bis zu einer Höhe von 1.000 EUR übernommen.

- 6.4 Dolmetscher
- Wir organisieren einen Dolmetscher, der telefonische Hilfestellung gibt, wenn eine sprachliche Unterstützung im Ausland möglich und notwendig ist.

Die Kosten werden bis zu einer Höhe von 250 EUR übernommen.

- 6.5 Umbuchung einer Reise bei Reiseabbruch
- Wir organisieren bei einer außerplanmäßigen Abreise die Umbuchung der Reise. Ferner sorgt der Versicherer für die Bereitstellung der neuen Reiseunterlagen.

Die entstehenden Storno- bzw. Umbuchungsgebühren werden nicht erstattet.

- 6.6 Überführung Verstorbener inklusive Rückreise

Stirbt die versicherte Person, organisieren wir

- die Bestattung am Sterbeort oder
- die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Die entstehenden Kosten übernehmen wir.

Ferner organisieren wir die Heimreise des mitreisenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Lebensgefährten sowie der minderjährigen Kinder und übernehmen die Reisekosten.

Die Kosten werden insgesamt bis zu einer Höhe von 2.500 EUR übernommen.

Obliegenheiten

7. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Ergänzend zu Ziffer 7 der vereinbarten AVB ÖSA UnfallSchutz treffen Sie folgende Mitwirkungspflichten/Obliegenheiten:

- 7.1 Jeder Versicherungsfall ist uns unverzüglich durch Anruf der betreffenden versicherten Person bei der Service-Hotline anzuzeigen. Kann sich die betreffende versicherte Person anlässlich einer besonderen Notsituation nicht selbst bei der Service-Hotline melden, ist dies im Ausnahmefall auch durch dritte Personen möglich.

- 7.2 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Das gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

- 7.3 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

- 7.4 Die Anerkennung eines Pflegegrades, sowie den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

- 7.5 Auf unser Verlangen müssen Sie uns Beginn und Ende jeder Reise nachweisen.

- 7.6 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Wir verweisen insoweit auf Ziffer 8 AVB ÖSA UnfallSchutz.

Weitere Bestimmung

8. Verpflichtungen Dritter

Bestehen für einen Versicherungsfall für eine versicherte Person Ersatzansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, so ermäßigt sich der Anspruch in der Weise, dass insgesamt keine Entschädigung geleistet wird, die den Gesamtschaden übersteigt.

9. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten. Davon ausgenommen bleibt die Organisation des Winter- und Streudienstes, sofern Sie dafür unsere Freigabe erhalten haben.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1. Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Unfall-Rente
- Krankenhaustagegeld
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- Tagegeld
- Todesfalleistung

Die Versicherungssummen für die sonstigen Leistungsarten nehmen an der Erhöhung nicht teil.

2. Anpassung der Versicherungssummen

2.1 Die Anpassung erfolgt entsprechend der vertraglichen Vereinbarung, entweder

- durch Erhöhung der Versicherungssummen jährlich um den bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres oder
- durch Erhöhung der Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird, mindestens aber um 5 %.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

- o das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages folgt oder
- o dessen Beginn mit dem Stichtag der Anhebung übereinstimmt.

2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfalleistung auf volle 500 Euro,
- für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen auf volle 50 Euro,
- für die Unfall-Rente auf volle 5 Euro,
- für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle 50 Cent.

2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

3. Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

4. Verfahren bei Erhöhung

4.1 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

Zum nächsten Erhöhungstermin wird der Vertrag wieder mit Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag fortgeführt.

- 4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen.

Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

5. Beitragsanpassungen aufgrund Altersabhängiger Beiträge

5.1 Aussetzen der Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) wird für den gesamten Vertrag zum Beginn des Versicherungsjahres ausgesetzt, wenn zu diesem Zeitpunkt für mindestens einer der versicherten Personen auch eine altersabhängige Beitragserhöhung gemäß Ziffer 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB ÖSA UnfallSchutz) vorgenommen wird.

5.2 Beendigung der Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Wenn eine versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet hat, erfolgt für den gesamten Vertrag keine weitere planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik). Die Beendigung der Dynamik erfolgt zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet hat.

6. Ausschluss der Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) entfällt, für die jeweilige versicherte Person, sobald durch die Erhöhung eine der folgenden Versicherungssummen überschritten ist:

- Invaliditätsleistung	200.000 EUR
- Unfall-Rente	1.500 EUR
- Krankenhaustagegeld	150 EUR
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen	20.000 EUR
- Tagegeld	150 EUR
- Todesfallleistung	200.000 EUR