



Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung

BBU-UnfallPremium 4.0 – 10/2016

Inhaltsverzeichnis

A Erweiterungen zu den AUB 2011

1. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
2. Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen
3. Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe
4. Vergiftungen durch Einnahme schädlicher Stoffe
5. Tauchtypische Gesundheitsschäden
6. Ertrinken, Ersticken, Erfrieren und unfreiwilliger Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug
7. Sonnenbrand oder -stich
8. Verletzungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule
9. Infektionen
10. Schutzimpfungen
11. Blutvergiftung und Wundinfektionen
12. Allergische Reaktionen
13. Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
14. Bergungs- und Transportkosten
15. Kurkostenbeihilfe
16. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen
17. Kosmetische Operationen und Zahnersatz
18. Progressive Invaliditätsstaffel 225 %
19. Progressive Invaliditätsstaffel 350 %
20. Progressive Invaliditätsstaffel 500 %
21. Eintritt der Invalidität
22. Invaliditätsanmeldung
23. Gliedertaxe
24. Vorschuss auf Invaliditätsleistung
25. Sofortleistung bei schweren Verletzungen
26. Todesfalleistung
27. Krankenhaustage- und Genesungsgeld
28. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
29. Bewusstseinsstörungen
30. Logopädische Behandlungen
31. Psychologische Betreuung
32. Schmerzensgeld bei Knochenbruch
33. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs
34. Doppelte Todesfalleistung
35. Fahrtveranstaltungen
36. Komageld
37. Passives Kriegsrisiko
38. Strahlenschäden
39. Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut
40. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
41. Verdienstaussfall
42. Meldefrist bei Unfalltod
43. Versehensklausel
44. Arbeitslosigkeit
45. Versicherungsschutz ab Vollendung 75. Lebensjahr
46. Zuwachs von Leistungen und Beitrag (Dynamik)
47. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung
48. Wellness-Urlaub
49. Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall
50. Helmgeld
51. Versorgung von Haustieren
52. Ersatz von Hausratschäden
53. Brillenersatz
54. Künftige Bedingungsverbesserungen
55. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

B Zusätzliche Leistungen für Kinder

1. Rooming-in
2. Lenken von Fahrzeugen
3. Umgang mit selbstgebaute Feuerwerkskörpern
4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene
5. Vollwaisenrente
6. Nachhilfeunterricht
7. Beitragsbefreiung im Todesfall

C Unfall-Hilfe- und Pflegeleistungen

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) und soweit vereinbart, die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung (BBU-UnfallPremium 4.0, Stand 10/2016).

A Erweiterung zu den AUB 2011

1. **Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
2. **Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
3. **Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Bei Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses jedenfalls auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande gekommenen Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
4. **Vergiftung durch Einnahme schädlicher Stoffe** (zu Ziffer 5.2.5 AUB 2011)
Mitversichert ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).
5. **Tauchtypische Gesundheitsschäden** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2011 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen erstatten wir bis zu einem Betrag in Höhe von 1.000.000 EUR je Schadenfall.
6. **Ertrinken, Ersticken, Erfrieren und unfreiwilliger Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Als Unfallereignis gelten auch
 - a) Ertrinken,
 - b) unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
 - c) Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
7. **Sonnenbrand oder -stich** (zu Ziff. 1.3.AUB 2011)
Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.
8. **Verletzungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule** (außer Bandscheiben)
Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte
 - a) Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
 - b) Schädigungen an Gliedmaßen, Meniskus oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.
9. **Infektionen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Fleckfieber, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, spinale Kinderlähmung, Tollwut, Tuberkulose, Tularämie, Typhus, Windpocken und Wundstarrkrampf,
 - b) alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Meningitis oder Zecken-Enzephalitis/FSME).
Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Absatz b) erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.
10. **Schutzimpfungen**
Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 9 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
11. **Blutvergiftungen und Wundinfektionen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Als Folge eines Unfallereignisses sind zudem mitversichert:
 - a) Blutvergiftungen und Wundinfektionen,
 - b) Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen, **sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde,**
 - c) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.
12. **Allergische Reaktionen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Mitversichert sind nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.
Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.
13. **Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme** (zu Ziffer 1.3 AUB 2011)
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2011) vorgenommen wird.

14. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2 AUB 2011)

Die Ziffer 2 AUB 2011 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Art der Leistungen

- 1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 1.3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- 1.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die ärztliche Anordnung zur Rückkehr oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens sieben Tage dauert, im Rahmen der Versicherungssumme nach Ziffer 2.1 auch ohne medizinische Notwendigkeit.
- 1.5 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 1.6 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 1.7 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistungen

Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrages gezahlt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

15. Kurkostenbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB 2011)

Die Ziffer 2 AUB 2011 wird um folgende Leistungsart erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2011 eine Kurkostenbeihilfe bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrages, wenn die versicherte Person
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens 3 Wochen Dauer durchgeführt hat.
2. Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Maßnahmen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund stehen gelten nicht als Kur.
4. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
5. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
6. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
7. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

16. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB 2011)

1. Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 50.000 EUR, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2011) erforderlich sind:
 - a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
 - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
 - c) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe und Organtransplantationen. Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität in Verlängerung der Frist nach Ziff. 9.4 AUB 2011 noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.
 - d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für staatlich anerkannte Umschulungsmaßnahmen,
 - e) Blindenhund.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

17. Kosmetische Operationen und Zahnersatz (zu Ziffer 2 AUB 2011)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2011 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.1 Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrages für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnarzt-, Zahnbehandlungs-, Zahnersatzkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.
 - Kosten zur Reparatur von unfallbedingten Beschädigungen von Zahnspangen.
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2011 und Ziffer 3 AUB 2011)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %						
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

19. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2011 und Ziffer 3 AUB 2011)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

20. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 AUB 2011 und Ziffer 3 AUB 2011)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe,
- d) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelfall wie folgt:

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

- 21. **Eintritt der Invalidität** (zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2011)
Die Invalidität muss innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall eingetreten sein.
- 22. **Invaliditätsanmeldung** (zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2011)
Die Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2011 auf 36 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.
- 23. **Gliedertaxe** (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2011)
 - a) Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2011 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit:			
eines Armes	80 %	eines Beines über Mitte Oberschenkels	80 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %	eines Beines bis Mitte Oberschenkels	75 %
einer Hand	75 %	eines Beines unterhalb des Knies	65 %
eines Daumens	30 %	eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
eines Zeigefingers	20 %	eines Fußes	60 %
eines anderen Fingers	12 %	einer großen Zehe	15 %
gänzlicher Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %	einer anderen Zehe	5 %
Stimmverlust	100 %	Geruchssinn	20 %
gänzlicher Verlust des Gehörs auf einem Ohr	45 %	Geschmack	20 %
Niere	25 %	Milz	10 %
beide Nieren	100 %	Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
falls andere Niere bereits verloren war	100 %	Gallenblase	10 %
Magen	20 %	ein Lungenflügel	50 %
 - b) Für nicht in Absatz a) genannte Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
 - c) Für die in Absatz a) genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) können Sie anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade eine Bemessung nach Absatz b) verlangen.
 - d) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Die Vorinvalidität ist nach den Bestimmungen der Absätze a) bis d) zu bemessen.
 - e) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nie berücksichtigt.
- 24. **Vorschuss auf Invaliditätsleistung trotz fehlender Todesfallsumme** (zu Ziffer 9.3. AUB 2011)
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bis 10.000 EUR beansprucht werden.
- 25. **Sofortleistung bei schweren Verletzungen** (zu Ziffer 2.2 AUB 2011)
Die Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.
 - a) Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
 - c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,

- d) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
 e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60%,
 f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder von zwei Knochen – nicht jedoch von Elle und Speiche desselben Armes oder von Schien- und Wadenbein desselben Beines):
- Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenbruch,
 - gewebeerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren.
- Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.
- 26. Todesfallleistung** (zu Ziffer 2.6 der AUB 2011)
 Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für Tod erklärte wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen. Die Leistung ist begrenzt auf die vereinbarte Todesfallsumme, max. 20.000 EUR.
- 27. Krankenhaustage- und Genesungsgeld** (zu Ziffer 2.4 AUB 2011 und Ziffer 2.5 AUB 2011)
1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt. Genesungsgeld wird längstens für 750 Tage gezahlt.
 2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
 3. Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens fünf Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.
- Ereignet sich der **Unfall im Ausland**, zahlen wir
- für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land,
 - höchstens jedoch für 60 Tage,
 - den doppelten (mit Genesungsgeld den dreifachen) Krankenhaustagegeldsatz.
- Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- 28. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen** (zu Ziffer 3 AUB 2011)
 Abweichend von Ziffer 3 AUB 2011 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.
- 29. Bewusstseinsstörungen durch Herz-Kreislaufstörung, Schlaganfall, Übermüdung, Alkohol, Medikamente, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle** (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2011)
1. Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2011 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, versichert.
 Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.
 2. In Abänderung der Ziffer 5.1.1 AUB 2011 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch eine Herz-Kreislaufstörung, einen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle verursacht wurden.
 3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie der Sekundenschlaf werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
 4. In Ergänzung zu Absatz 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 30. Kostenübernahme für logopädische Behandlung** (zu Ziffer 2 AUB 2011)
 In Ergänzung zu Ziffer 2 der AUB 2011 leisten wir Ersatz für Kosten logopädischer Behandlungen.
 Wir übernehmen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, die entstehenden, nachgewiesenen Kosten für eine logopädische Behandlung bis zu einer Höhe von 2.000 EUR, sofern diese Behandlung ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich ist.
 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
 Der Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil
- 31. Psychologische Betreuung**
 Wird aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung oder des Unfalldes einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, übernehmen wir die dabei entstehenden Kosten für maximal 10 Sitzungen, bis max. 1.000 EUR.
 Diese Leistung kann längstens bis zum Ende des 2. Unfalljahres, vom Unfalltag an gerechnet, beansprucht werden.
 Bestehen für die versicherte Person bei NV-Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.
- 32. Schmerzensgeld bei Knochenbruch**
 Erleidet die versicherte Person durch ein versichertes Unfallereignis den Bruch eines Knochens und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 300 EUR, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist.
 Ein Knochenbruch /Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung.
 Nicht versichert sind Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung.
 Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

- 33. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs** (zu Ziffer 2 AUB 2011)
1. Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.
 2. Art und Höhe der Leistung:
Wir leisten insgesamt bis 10.000 EUR Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt. Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
 3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
Kein Versicherungsschutz besteht für
 - Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
 - Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.
- 34. Doppelte Todesfalleistung** (zu Ziffer 2.6.2 AUB 2011)
Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 40.000 EUR.
Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.
- 35. Fahrtveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten** (zu Ziff. 5.1.5 AUB 2011)
Mitversichert sind Fahrtveranstaltungen bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit an kommt (Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- oder Orientierungsfahrten).
- 36. Komageld**
Wir zahlen innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 25 EUR für jeden Kalendertag, bis max. 50 Tage, an dem die versicherte Person sich in einem Koma (jedes Koma – auch ein ärztlich verordnetes Koma) befindet.
- 37. Passives Kriegsrisiko** (zu Ziffer 5.1.3 AUB 2011)
1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
 2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
 - b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist,
 - c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.
Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden;
 - d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z. B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
- 38. Strahlenschäden (zu Ziffer 5.2.2 AUB 2011)**
In Abänderung zu Ziffer 5.2.2 AUB 2011 sind Gesundheitsschäden durch
 - Röntgenstrahlen,
 - Laserstrahlen,
 - Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
 - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt
 mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.
- 39. Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut**
Ergänzend zu Ziffer 5.2.3 AUB 2011 gehört das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.
- 40. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen** (zu Ziffer 7.1 AUB 2011)
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2011 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 41. Verdienstausschlag** (zu Ziffer 7.3 AUB 2011)
Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahresbruttobeitrages, höchstens jedoch 1.000 EUR je Unfallereignis, erstattet.
- 42. Meldefrist bei Unfalltod** (zu Ziffer 7.5 AUB 2011)
Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden.
Abweichend von Ziffer 7.5 AUB 2011 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

- 43. Versehensklausel** (zu Ziffer 6.2 AUB 2011, Ziffer 7 AUB 2011 und Ziffer 8 AUB 2011)
Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit oder die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.
- 44. Arbeitslosigkeit** (zu Ziffer 10 AUB 2011)
Ergänzend zu Ziffer 10 AUB 2011 gilt Folgendes als vereinbart:
1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
 2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.
 3. Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:
 - a) Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
 - b) Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
 - c) Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber betriebsbedingt gekündigt.
 - d) Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - e) Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht der Bundesanstalt für Arbeit.
 Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.
 4. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre dauert.
- 45. Versicherungsschutz ab Vollendung 75. Lebensjahr**
Der Versicherungsschutz aus diesem Vertrag endet zur Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person folgt. Zu dieser Hauptfälligkeit besteht für die versicherte Person die Möglichkeit in einen dann gültigen Tarif für Senioren der NV Versicherungen VVaG zu wechseln. Wir werden Sie informieren.
Auf Wunsch prüfen wir gegen Vorlage eines ärztlichen Berichtes über den Gesundheitszustand der versicherten Person die Fortführung dieses Vertrages.
- 46. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)**
1. Die Versicherungssummen steigen jährlich um 5 %. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre.
Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für die Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für das Krankenhaustagegeld einschließlich Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR aufgerundet.
Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
 2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
 3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.
Die Anpassung entfällt, wenn Sie der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.
Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.
 4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 11.3.3 AUB 2011 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
 5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.
 6. Führt eine dynamische Anpassung dazu, dass für die Invalidität die jeweilige im Tarif stehende maximale Grundsumme überschritten wird, erlischt die Vereinbarung über die Dynamik zum Anpassungstermin.
- 47. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung**
Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit den Grundsummen Ihres Vertrages max. bis
- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
 - 10.000 EUR für den Todesfall
 - 20 EUR Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld
- sowie mit den beitragsfreien Leistungen gemäß § 3 mitversichert.
- 48. Wellness-Urlaub**
Die NV beteiligt sich an den Kosten eines Erholungsurlaubes im Nordseeheilbad Neuharlingersiel mit bis zu 1.000 EUR.
Voraussetzungen und Höhe der Kostenbeteiligung:
- a) Der Urlaub ist zu buchen über den Kurverein Neuharlingersiel e. V., Edo-Edzards-Str. 1, 26427 Neuharlingersiel, Telefon: 04974 188-0, Telefax: 04974 788, Internet: www.neuharlingersiel.de, E-Mail: info@neuharlingersiel.de.
 - b) Der Versicherungsnehmer erbringt den Nachweis, dass die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls sich in einem stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen befand. Der ununterbrochene Krankenhausaufenthalt erfolgte innerhalb von drei Monaten nach dem Unfallereignis. Nach Vorlage der Belege beteiligt sich die NV an den Kosten mit 1.000 EUR.
 - c) Unabhängig von der Anzahl der verletzten und versicherten Personen, werden die Kosten einmalig je versichertem Unfallereignis erstattet. Der Erholungsurlaub muss innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfallereignisses angetreten werden.
 - d) Eine Auszahlung des Restguthabens ist nicht möglich.

49. Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall

Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten, die Ihnen von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungs Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.

Wir leisten insgesamt bis 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 EUR.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

50. Helmgeld

Hat die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1 AUB 2011 erlitten und zum Zeitpunkt des Unfallereignisses nachweisbar einen Helm getragen, zahlen wir einmalig einen Betrag in Höhe von 250 EUR. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

51. Versorgung von Haustieren

Organisation Heimtransport bei Reisen mitgenommener Tiere (innerhalb Deutschland im Hilfspaket mitversichert) Versorgung von Haustieren

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.
- b) Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.
- c) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 40 Euro pro Tag.
- d) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 100 Tage nach dem Unfallereignis.

52. Ersatz von Hausratschäden

z.B. Unfallschaden Skibruch o. Fahrrad, sofern Hausrat bei NV und ein KH-Aufenthalt notwendig war

Reparatur- und Wiederbeschaffungskosten von Hausrat

Besteht ein zum Unfallzeitpunkt ungekündigter Hausratversicherungsvertrag bei der NV, gilt folgende Regelung:

- a) Führt ein Unfall einer versicherten Person ursächlich zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt und werden in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem Unfall im Rahmen des NV-Hausratvertrags versicherte Fahrräder, Gepäckstücke, Kleidung oder sonstiger Hausrat einer versicherten Person beschädigt oder zerstört, werden die Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten dieser Sachen ersetzt.
- b) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Haftpflichtversicherer) in Anspruch genommen werden kann, kann der Erstattungsanspruch aus diesem Vertrag nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer der Hausratversicherung auch direkt an die NV wenden.
- c) Die Erstattung der Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten des Hausrats ist auf insgesamt 2.000 € begrenzt.

53. Brillenersatz**1. Voraussetzungen für die Leistungen**

- 1.1 Die versicherte Person hatte einen unter den Vertrag fallenden Unfall mit vollstationärem Krankenhausaufenthalt bei dem Brille beschädigt oder zerstört wurde.
- 1.2 Der Kauf- / Anschaffungsbeleg wird im Original vorgelegt.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.2 Es wird Ersatz für die Reparaturkosten bzw. Wiederbeschaffung bei Totalschaden einer Brille bis zu einer Höhe von 1.000 € geleistet.
- 2.3 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.4 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

54. Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen oder Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

55. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

1. Wir garantieren Ihnen, dass die BBU-UnfallPremium 4.0, Stand 10/2016 ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den AUB 2011 des GDV abweichen.
2. Ferner garantieren wir die Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

B Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

1. Rooming-in (zu Ziffer 2 AUB 2011)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2011 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 20 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 EUR gezahlt.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der unter Ziffer 1. angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2. Lenken von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein

Versicherungsschutz besteht abweichend zu Ziff. 5.1.2 AUB 2011 jedoch, wenn die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248b Strafgesetzbuch). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

3. Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern

Ebenso besteht abweichend zu Ziff. 5.1.2 AUB 2011 Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

4. Vorsorgeversicherung für Neugeborene (zu Ziffer 10.1 AUB 2011)

In Erweiterung von Ziffer 10.1 AUB 2011 gilt Folgendes als vereinbart:

1. Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.
Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
2. Ihre während der Vertragsdauer adoptierten Kinder im Alter unter 14 Jahren sind ab Rechtswirksamkeit der Adoption mit 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages beitragsfrei mitversichert.
Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

5. Vollwaisen-Rente (zu Ziffer 11.7 AUB 2011)

1. Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder. Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrages, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 6.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt. Die Vollwaisen-Rente wird letztmalig für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der unter Ziffer 1. angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

6. Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht für max. 100 Schultage bis zu 50 EUR pro ausgefallenen Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus- Tagesgeldleistung erstattet.

7. Beitragsbefreiung im Todesfall

Falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages versterben und bei Beginn der Versicherung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, wird der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten Kinder mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei gestellt. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.
Die Beitragsbefreiung gilt nicht, wenn die Todesursache ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis war.

C**Unfall-Hilfe- und Pflegeleistungen**

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen
BBU-Unfall Hilfe- und Pflegeleistungen 10/2011

Inhaltsverzeichnis

- 1 Wo erbringen wir unsere Leistungen?
- 2 Was sind die Voraussetzungen für unsere Hilfsleistungen?
- 3 Welche Leistungen erbringen wir?
- 4 Wie lange und in welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?
- 5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Partner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person?
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Hilfsleistungen ausgeschlossen?
- 8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 9 Welche Eintrittspflicht gilt für Leistungen aus der Unfallversicherung?
- 10 Welche Kosten übernehmen wir und wie sind die Rechtsverhältnisse zu den Dienstleistern?

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

1 Wo erbringen wir unsere Leistungen?

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

2 Was sind die Voraussetzungen für unsere Hilfsleistungen?

- 2.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei einer Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Eine Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeiten (gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens), die wir im Rahmen der versicherten Hilfsleistungen nach Ziffer 3 erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbständig zu verrichten.
- 2.2 Die versicherte Person erhält aus den in Ziffer 3 aufgeführten Hilfsleistungen diejenigen, die ihrem individuellen Bedarf sowie Art und Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit entsprechen.
Dabei wird berücksichtigt
 - ob und inwieweit aus vorangegangenen Leistungsfällen bereits eine dauerhafte Hilfsbedürftigkeit besteht und
 - ob und inwieweit der Bedarf an Hilfsleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person oder durch bereits vorher regelmäßig erbrachte Dienstleistungen Dritter abgedeckt ist.
- 2.3 Die versicherte Person ist verpflichtet, uns nach Ablauf von 8 Wochen ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall mit ärztlichen Unterlagen nachzuweisen. Wird die Hilfsbedürftigkeit durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen, setzen wir bei entsprechendem Bedarf unsere Leistungen über diesen Zeitraum hinaus fort. Die Leistungen beginnen frühestens, wenn der Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht hat. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfeleistungen ist nicht möglich.

3 Welche Leistungen erbringen wir?**3.1 Bedarfsermittlungsgespräch/Erstgespräch**

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

3.2 Hauswirtschaftliche Hilfsleistungen

- a) Menüservice
Die versicherte Person und bei Bedarf auch der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe-/Lebenspartner, erhalten nach freier Wahl aus dem angebotenen Menüsortiment des Dienstleisters eine Mahlzeit pro Tag. Diese werden täglich warm ausgeliefert. Sofern dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.
- b) Erledigung von Einkäufen und Besorgungen
Für die versicherte Person werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen (z. B. Banken- und Behördengänge) erledigt, einmal in der Woche bis zu zwei Stunden. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

- c) Wäscheservice
Die Versorgung der Wäsche (waschen, trocknen und bügeln) und die Pflege der Schuhe der versicherten Person wird einmal pro Woche organisiert. Der Zeiteinsatz hierfür ist auf bis zu drei Stunden begrenzt.
- d) Wohnungsreinigung
Die allgemein üblichen Lebensbereiche der versicherten Person (Wohn- und Schlafräum, Bad, Toilette, Küche) werden einmal pro Woche bis zu zwei Stunden gereinigt. Vorausgesetzt die Wohnung war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.
- e) Vermittlung einer Tierbetreuung
Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische und Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Die Kosten für eine externe Unterbringung übernehmen wir auf Nachweis bis max. 300 EUR.

3.3 Personenbezogene Hilfsleistungen

- a) Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu vier Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.
- b) Fahrdienst zu Ärzten, zu Behörden, zur Krankengymnastik oder zu Therapien
Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu sechs Monate die versicherte Person bei Arztbesuchen, bei Behördengängen, bei Krankengymnastik und Therapien in einem Umkreis von 50 km vom ständigen Wohnsitz gebracht und wieder abgeholt. Bei Arztbesuchen und Behördengängen nur, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.
- c) Grundpflege
Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu vier Wochen eine Grundpflege. Die Grundpflege ist begrenzt auf drei Stunden pro Tag bzw. 21 Stunden pro Woche. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
- d) 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten
Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann - soweit örtlich möglich - ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft vorbeischickt zur entsprechenden Hilfeleistung.
- e) Pflegeberatung
Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt, zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze und zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.
- f) Pflegeschulung
Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.
- g) Hausnotruf
Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen – entsprechender Strom- und Stromanschluss in der Wohnung vorhanden sind.
- h) Juristische Beratung
Auf Wunsch erhält die versicherte Person einmalig eine juristische Erstberatung per Telefon. Die telefonische Erstberatung erfolgt durch zugelassene Rechtsanwälte. Die Beratung umfasst folgende Rechtsgebiete:
 - Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht, nicht gegen den Unfallversicherer), sowie das Recht zur Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Akten sowie diesbezüglicher Datenschutzprobleme
 - Sozialrecht
 - Schadenersatzrecht gegen Dritte (insbesondere wegen Körperverletzung und deren Folgen)
- i) Psychosoziale Unterstützung
Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis gestorben, erhalten die im selben Haushalt lebenden Familienmitglieder psychosoziale Betreuung bis zu drei Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von vier Wochen.

3.4 Sonstige Hilfsleistungen

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

- a) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt.
- b) Pflegeplatzgarantie
In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.
- c) Vermittlung des Umbaus der Wohnung
Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.
- d) Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.
- e) Gartenpflege
Wir vermitteln die Pflege des Gartens der versicherten Person.

4 Wie lange und in welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?

- 4.1 Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Ziffer 2.1 aufgrund eines Unfalls bei der versicherten Person besteht, längstens jedoch für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall.
- 4.2 Unsere Hilfsleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen oder sie ersetzende Geldleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung bezogen werden. Das gilt auch, wenn dafür Selbstbehalte oder Zuzahlungen zu erbringen sind. Unsere Leistungen enden insgesamt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung einen Pflegegrad anerkennt und Geldleistungen gewährt werden.
- 4.3 Eine Minderung der Hilfsleistungen nach Ziffer 3 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) findet nicht statt.

- 5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Partner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person?**
- 5.1 Voraussetzung für die Leistung
- Betreut die versicherte Person einen Ehe- oder Lebenspartner, Verwandten ersten Grades oder Schwiegereltern, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege, und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, erbringen wir Hilfsleistungen auch für diese Person.
 - Voraussetzung ist, dass für diese Person vor dem Versicherungsfall eine Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
- 5.2 Dauer der Leistung
- Die Betreuung der zu pflegenden Person übernehmen wir, solange die versicherte Person dazu nicht in der Lage ist; längstens jedoch für einen Zeitraum von 6 Monaten nach dem Unfall.
 - Unsere Hilfsleistungen für diese Personen erbringen wir, solange die versicherte Person selbst Leistungen beanspruchen kann (Ziffer 4).
 - Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen, erbringen wir unsere Hilfsleistungen bis zu einem Monat nach dem Unfall. Diese zeitliche Beschränkung unserer Leistung gilt nicht, wenn innerhalb dieses Monats bei der gesetzlichen Pflegeversicherung die Geldleistungen auf Sachleistungen vollumfänglich umgestellt werden.
 - Wir leisten Hilfe in dem Umfang, für den über die von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Sachleistungen hinaus Bedarf besteht.
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige (Pflegegrad 3 bis 5) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung, (siehe § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit).
- 6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 6.3 Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.
- 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Hilfsleistungen ausgeschlossen?**
- 7.1 Die Ausschlüsse gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011), der Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung NV UnfallPremium (BBU-UnfallPremium 4.0) gelten analog.
- 7.2 Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls nicht pflegeversichert ist.
- 8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) gelten folgende Obliegenheiten:
- 8.1 Die versicherte Person hat uns umfassend und wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand zu informieren. Sachdienliche Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind, müssen Sie und die versicherte Person uns in gleicher Weise erteilen. Während der Leistungserbringung müssen Sie und die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.
- 8.2 Entspricht eine Hilfsbedürftigkeit voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen. Die Anerkennung oder Ablehnung eines Pflegegrad müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.
- 8.3 Eine Obliegenheitsverletzung kann Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leitungspflicht ursächlich ist.
- Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Verletzen Sie eine Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- 9 Welche Eintrittspflicht gilt für Leistungen aus der Unfallversicherung?**
- Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 3 ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die für die jeweiligen Leistungsarten geltenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011).
- 10 Welche Kosten übernehmen wir und wie sind die Rechtsverhältnisse zu den Dienstleistern?**
- Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Wir übernehmen die Kosten nur für solche Leistungen nach Ziffer 3.2 und 3.3, die von uns in Auftrag gegeben wurden. Dabei werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Für Leistungen, die wir nach Ziffer 3.4 lediglich vermitteln oder für andere Leistungen, die von Ihnen selbst in Auftrag gegeben wurden, übernehmen wir keine Kosten. Vertragliche Beziehungen kommen nur zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

1. Mitversicherung der Familienhilfe

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

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

1 Was sind die Voraussetzungen für die Familienhilfe?

Führt ein bedingungsgemäßer Unfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden Kinder (leibliche, Adoptiv- und / oder Pflegekinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erbringen wir die Leistungen der Familienhilfe und berücksichtigen dabei,

- was vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht wurde und unfallbedingt nicht mehr erbracht werden kann und
- was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitszustands notwendig und üblich ist.

Dabei berücksichtigen wir auch, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Familienhilfe in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diesen nicht berechnete Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen.

2 Was sind die Leistungen der Familienhilfe?

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

2.1 Kinderbetreuung und -versorgung

- a) Die Kinder werden beaufsichtigt (Kinderbetreuung), auch bei der Erledigung der Hausaufgaben, und versorgt in den Bereichen Körperpflege (nicht medizinischer Art), Ernährung, Kleiden und Betten (Kinderversorgung) in ihrem häuslichen Umfeld.
- b) Werden Leistungen zur Kinderversorgung erbracht und sind dabei Leistungen der Haushaltsführung in den Bereichen Kochen, Einkaufen und Besorgungen, Wäsche und Wohnungsreinigung erforderlich (haushaltsbezogene Kinderversorgung), gilt Ziffer 3.2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen für Erwachsene entsprechend mit folgenden Erweiterungen:
 - Menüservice
Wir versorgen alle im Haushalt lebenden leiblichen, Adoptiv- und / oder Pflegekinder mit einem täglichen Mittagsmenü, das aus einem Menüsortiment ausgewählt werden kann.
 - Erledigung von Einkäufen und Besorgungen
Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu zwei Stunden.
 - Wäscheservice
Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu drei Stunden.
 - Wohnungsreinigung
Wir erbringen die Leistung zweimal pro Woche jeweils bis zu drei Stunden.

Werden diese Leistungen im Rahmen der haushaltsbezogenen Kinderversorgung erbracht, leisten wir darüber hinaus keine entsprechenden Hilfsleistungen für die versicherte Person mit Ausnahme des Menüservices.
- c) Die Leistungen zur Kinderbetreuung und -versorgung erbringen wir bis zu 8 Stunden am Tag zwischen 6:00 und 22:00 Uhr, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten ausschließlich unfallbedingte Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfallereignis, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht. Bei einer 24-stündigen Anwesenheit (inkl. freier Unterkunft und Verpflegung im Haushalt) beträgt die Arbeitszeit acht Stunden.

2.2 Mobilitätsleistung

Wir holen bzw. bringen die Kinder von bzw. zu

- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
- Vereinssportveranstaltungen sowie entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Haushalt der versicherten Person. Sofern erforderlich, stellen wir in Verbindung mit Fahrten von und zu Arztterminen eine Begleitperson.

2.3 Familienhilfe-Plan, Hotline

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

3 Wie lange erbringen wir unsere Leistungen?

- 3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe längstens für einen Zeitraum von 14 Tagen ab dem Unfall. Bei der Berechnung des 14-Tage-Zeitraumes zählt der Unfalltag mit.
- 3.2 Unsere Leistungen enden, sofern und soweit diese von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Im einzelnen gilt Ziffer 4 der Besonderen Bedingungen für Hilfsleistungen entsprechend.

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

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

- 4.1 Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe spätestens innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.
- 4.2 Bei Beginn der Leistungserbringung sind wir über den Gesundheitszustand der im Rahmen der Familienhilfe versicherten Kinder (vgl. Ziffer 1) umfassend zu informieren. Während der Leistungserbringung sind uns Änderungen des Gesundheitszustandes dieser Kinder unverzüglich anzuzeigen.
- 4.3 Eine Obliegenheitsverletzung kann Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht kein Versicherungsschutz. Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unsere
- Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Verletzen Sie eine Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

2. 5 Weitere Bestimmungen

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

Besondere Bedingungen für die Reha-AssistancePremium (Reha-Hilfe)

- 1 Voraussetzungen für die Leistung
- 2 Art der Leistungen
- 3 Höhe und Dauer der Leistungen
- 4 Ausschluss Dynamik

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person hat
- einen unter den Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen Unfall im Sinne der AUB 2011 erlitten und
 - wird voraussichtlich durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft um mindestens 40 % beeinträchtigt (Invalidität) bleiben. In allen anderen Fällen erfolgt das Reha-Management nach einem zu konkret ermittelnden Bedarf
- 1.2 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2 Art der Leistungen:

- 2.1 Wir bearbeiten Ihre Ansprüche individuell in unserem Schwerverletzten-Service. Sie haben nur einen Ansprechpartner, der von der Unfallmeldung bis zum Bearbeitungsabschluss mit Rat (z. B. Information über Reha-Einrichtungen) und Tat für Sie da ist.
- 2.2 Auf Wunsch vermitteln wir eine ärztliche Begleitung und Beratung während der gesamten Heil- und Reha-Maßnahme.
- 2.3 Auf Wunsch vermitteln wir eine medizinische und reisemedizinische Beratung.
- 2.4 Wird aufgrund der Unfallverletzung(en) infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung (Genehmigung der Bundesagentur für Arbeit muss vorliegen) notwendig, beteiligen wir uns an den nachgewiesenen Kosten (wie z. B. Gebühren oder Miete).
- 2.5 Wir vermitteln bei Bedarf eine Haushaltshilfe und ersetzen die Kosten.
- 2.6 Nach einer Querschnittslähmung vermitteln wir eine Beratung für den Umbau Ihrer Wohnung (barrierefreies Wohnen) und Ihres Kfz.

3 Höhe und Dauer der Leistungen:

- 3.1 Wir ersetzen die Kosten bis max. 10.000 EUR je Unfall.
- 3.2 Die Leistungen können längstens bis zum Ende des 2. Unfalljahres, vom Unfalltag an gerechnet, beansprucht werden.
- 3.3 Bestehen für die versicherte Person bei NV-Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

4 Ausschluss Dynamik:

Die Leistungen nehmen an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.