

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Unfallversicherung

Stand: GUB 2010 – 07.2010

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Ihr Interesse an unseren Gothaer-Produkten freut uns sehr.

Die Basis unseres gegenseitigen Vertrages bilden die

- Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010),

und soweit vereinbart

- die Gothaer UnfallTop 2010
- die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010
- der Baustein CuraPlus
- Besondere und Zusatzbedingungen

Ferner gelten für unseren gegenseitigen Vertrag die gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland!

Der vereinbarte Versicherungsschutz sowie die dazugehörigen Versicherungsbedingungen sind im Versicherungsschein beschrieben.

Soweit wir in den Versicherungsunterlagen die männliche Form der Bezeichnung (z. B. Versicherungsnehmer, Ehegatte) verwenden, ist hiermit auch immer die weibliche Bezeichnung gemeint.

Bei allen Fragen zum Produkt steht Ihnen auch Ihr Vermittler gerne zur Verfügung.

Ihre
Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Das Inhaltsverzeichnis	
	Seite
Produktinformationsblatt	3
Allgemeine Kundeninformationen	6
Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010)	8
Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen	23
Gothaer Kinder-Rente	25
Gothaer UnfallTop 2010	28
PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010	31
Baustein CuraPlus	35
Anhang	
Information zu Ihren Extra-Services	42
Merkblatt zur Datenverarbeitung	43

Produktinformationsblatt zur Gothaer Unfallversicherung

Vorbemerkung

Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen **kurzen Überblick** über die Gothaer Unfallversicherung. **Bitte beachten Sie:** Diese Informationen **sind nicht abschließend**.

Weitere wichtige Informationen entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Unterlagen:

- Vorschlag zur Gothaer Unfallversicherung
- Antrag zur Gothaer Unfallversicherung
- Allgemeine Kundeninformationen
- Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010)
- Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (soweit Sie diese mit uns vereinbart haben)
- Merkblatt zur Datenverarbeitung

Art der Versicherung/ Versicherte Risiken/ Risikoausschlüsse

Gothaer Unfallversicherung

Versichert sind Unfälle, die Ihnen oder einer anderen im Vorschlag oder Antrag genannten versicherten Person zustoßen. Soweit Sie nichts anderes mit uns vereinbaren, gilt der Versicherungsschutz grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr, auch wenn Sie den Unfall selbst verschuldet haben.

Ein Unfall liegt etwa vor, wenn Sie oder eine andere im Vorschlag oder Antrag genannte versicherte Person sich verletzen, weil Sie stolpern, ausrutschen, stürzen oder sich sonst verletzen oder von anderen verletzt werden. **Keine Unfälle** dagegen sind Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z. B. Rückenleiden durch ständiges Sitzen, Schlaganfälle, Herzinfarkte). **Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 1 der GUB 2010.**

Die Unfallversicherung ist eine Summenversicherung, d. h. wir zahlen Geldleistungen. Heilbehandlungskosten zahlen wir nicht, sie sind Gegenstand der Krankenversicherung. Welche Leistungen wir zahlen, ergibt sich aus den vereinbarten Leistungsarten, die Sie Ihrem Vorschlag oder Antrag entnehmen können. Leistungsarten sind z. B. die Invaliditätsleistung, die Invaliditätsrente, die Gothaer Kinder-Rente, Leistungen bei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Tagegeld), bei einem Krankenhausaufenthalt (Krankenhaustagegeld) oder im Todesfall sowie über den Baustein CuraPlus Hilfs- und Pflegeleistungen.

Nachfolgend erläutern wir Ihnen beispielhaft die wichtigste Leistungsart, die Invaliditätsleistung:

Wenn Sie durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleiden, also invalide werden (z. B. durch Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir einen einmaligen Kapitalbetrag. Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Beeinträchtigung. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 2.1 der GUB 2010. Ihrem Vorschlag können Sie weitere Einzelheiten (z. B. die Versicherungssumme) entnehmen.**

Die Leistungen aus der Unfallversicherung erhalten Sie unabhängig von und zusätzlich zu anderweitigen Zahlungen, die Sie wegen des Unfalls erhalten, z. B. von Ihrer Krankenversicherung, einer gegnerischen Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer weiteren privaten Unfallversicherung.

Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum

• Zu zahlender Gesamt-Jahresbeitrag*

• **Zahlweise** jährlich 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich

• Zu zahlender Gesamt-Jahresbeitrag gemäß Zahlweise*

• Erstmals zum Versicherungsbeginn

• Vertragsablauf

* inkl. aller Zuschläge und Nachlässe sowie der gesetzlichen Versicherungsteuer

Die jeweiligen **Fälligkeiten** und den **Zahlungszeitraum** entnehmen Sie ebenfalls dem Vorschlag. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt **Beginn des Versicherungsschutzes / Beitragszahlung** der GUB 2010.

Die jeweiligen **Fälligkeiten** entnehmen Sie ebenfalls dem Vorschlag.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 12 und 13 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen

Ihre Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrags gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt. Zahlungen von Folgebeiträgen gelten als rechtzeitig, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet werden.

Sofern Sie uns eine Einzugsermächtigung (Lastschriftverfahren) erteilen, gilt Ihre Zahlung jeweils als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum angegebenen Fälligkeitstag von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Nicht rechtzeitige Zahlungen des Erst- oder Einmalbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 13 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Leistungsausschlüsse

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen unangemessen hohen Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz der Unfallversicherung herausgenommen.

Die Risikoausschlüsse sind in der Ziffer 4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) genannt.

Nicht versichert sind insbesondere Unfälle

- durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen
- die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit
- die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt

Ferner fallen nicht unter den Versicherungsschutz

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

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und weitere Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte der Ziffer 4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Bitte beachten Sie:

Bei Vereinbarung der Gothaer UnfallTop 2010 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptische Anfälle ausgelöst werden. Ferner auch für Unfälle, die durch andere Bewusstseinsstörungen ausgelöst werden, soweit diese auf der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente beruhen.

Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit Vorschädigungen oder Krankheiten an den Unfallfolgen mitgewirkt haben.

Hierzu machen wir auf die Ziffern 2.1.2.2.3 und 5 GUB 2010 aufmerksam.

Bei der Berechnung des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird eine Vorinvalidität nach Ziffer 2.1.2.2.3 GUB 2010 entsprechend berücksichtigt:

- Soweit der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen betrifft, die bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren, so wird die Vorinvalidität entsprechend von der Gesamtninvalidität abgezogen.

Für die Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen gilt nach Ziffer 5 GUB 2010:

- Haben an einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 40% mitgewirkt, wird die zu erbringende Leistung entsprechend gekürzt.

Pflichten (Obliegenheiten)

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten zu erfüllen.

Fahrlässige, grob fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzungen können uns, je nachdem berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen, die Leistungen zu kürzen bzw. ganz zu versagen oder die Vertragsbestimmungen bzw. den Beitrag anzupassen.

Einige Beispiele nennen wir Ihnen in diesem Produktinformationsblatt.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

- **bei Vertragsschluss**
- **während der Vertragslaufzeit**
- **bei Eintritt des Versicherungsfalles**

Beantworten Sie bitte alle unsere im Antragsformular aufgeführten Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig. Alle dort erwähnten Informationen sind wichtig, damit Sie den richtigen Versicherungsschutz erhalten (siehe Ziffer 15.1 GUB 2010).

Ihre Berufstätigkeit bzw. die Berufstätigkeit der über den Vertrag versicherten Personen hat unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem Sie ausgesetzt sind. Wir berücksichtigen sie daher bei der Bemessung des Versicherungsbeitrages und der Versicherungssummen. Einen Berufswechsel müssen sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen. Weitere Einzelheiten entnehmen sie bitte der Ziffer 7 der GUB 2010.

Melden Sie umgehend jedes Unfallereignis, das einen Leistungsanspruch zur Folge haben könnte und suchen Sie einen Arzt auf. Wir sind über das Gothaer SchadenService-Telefon 030 5508-81508 täglich 24 Stunden für Sie erreichbar.

Schildern Sie genau die Umstände, die zu dem Unfall geführt haben.

Spezieller Hinweis zur Todesfalleistung

Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist uns dies innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde. Die Meldefrist von 48 Stunden gilt ab Kenntnisnahme. Auch diese Meldung hat über unser Servicetelefon 030 5508-81508 zu erfolgen.

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung des Beitrages, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Beachten sie hierzu bitte auch den Abschnitt „Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen“.

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages und in anderen vertraglich oder gesetzlich geregelten Fällen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 12 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Hinweis zur Beendigung des Vertrages

Der Vertrag endet durch Kündigung oder Risikofortfall und in weiteren vertraglich oder gesetzlich genannten Fällen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 12 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Bei Verträgen mit festem Vertragsablauf endet der Vertrag automatisch zum vereinbarten Zeitpunkt. Eine Kündigung ist nicht erforderlich.

Spezieller Hinweis zum Baustein CuraPlus (Hilfs- und Pflegeleistungen)

Die Leistungen des Bausteins CuraPlus können nur dann erbracht werden, solange die versicherte Person in ihrem häuslichen Umfeld hilfebedürftig ist. Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie für die Verrichtungen des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) überwiegend fremder Hilfe bedarf. Liegt der Zustand der Hilfebedürftigkeit nicht mehr vor und wird eine Leistung aus dem Baustein CuraPlus erst zu einem Zeitpunkt geltend gemacht, zu dem die versicherte Person in diesem Sinne nicht mehr hilfebedürftig ist, so ist naturgemäß eine Leistung nicht mehr möglich. Ein finanzieller Ersatz für dann entgangene Leistungen wird nicht erbracht.

Das Bezugsrecht

Sofern Sie nichts anderes bestimmt haben, sind bei Unfalltod die gesetzlichen Erben bezugsberechtigt. Zur Festlegung eines Bezugsrechts ist die Unterschrift der versicherten volljährigen Person erforderlich.

Nicht versicherbare Personen

In der Unfallversicherung erbringen wir eine Leistung, wenn die Gesundheit der versicherten Personen durch ein Unfallereignis beeinträchtigt wird.

Bei Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sind, ist die Gesundheit allerdings bereits in einem Ausmaß beeinträchtigt, dass sich Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch einen Unfall neu entstehen, nicht mehr feststellen lassen.

Dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige sind deshalb nicht versicherbar (Ziffer 6 GUB 2010).

Tritt die Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit ein, so endet für die hiervon betroffene versicherte Person die Unfallversicherung (Eintritt der Versicherungsunfähigkeit).

Den Beitrag, der über den Zeitpunkt des Eintrittes der Versicherungsunfähigkeit hinaus gezahlt worden ist, erstatten wir Ihnen zurück.

Allgemeine Kundeninformationen

Informationen zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**
(Identität des Versicherers)

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht und Registernummer Amtsgericht Köln, HRB 21433
Steuernummer 215 / 5887 / 0021

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Vorstand
Dr. Roland Schulz
Thomas Leicht, Vorsitzender
Dr. Werner Görg
Dr. Helmut Hofmeier
Michael Kurtenbach
Jürgen Meisch
Dr. Hartmut Nickel-Waninger
Oliver Schoeller

Postanschrift 50598 Köln

- **Ladungsfähige Anschrift**

Hausanschrift
Gothaer Allee 1
50969 Köln

- **Niederlassungen im Inland**

Gothaer Allgemeine Versicherung AG Katharinenstr. 23 - 25 20457 Hamburg
Gothaer Allgemeine Versicherung AG Gothaer Allee 1 50969 Köln
Gothaer Allgemeine Versicherung AG Johannesstr. 39 - 45 70176 Stuttgart

- **Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter**

Frankreich
Gothaer Allgemeine Versicherung AG 1 bis, rue de Bouxwiller F-67000 Strasbourg
Hauptbevollmächtigter Claude Ketterle

Spanien
Gothaer Allgemeine Versicherung AG Avenidas de Burgos, 109 E-28050 Madrid
Hauptbevollmächtigter Michael Giesen

- **Hauptgeschäftstätigkeit**

Direkter und indirekter Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung in allen Versicherungszweigen.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.
Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an

- **Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder**

Gothaer
Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder (BAM)
50598 Köln

oder an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

- **Versicherungsombudsmann**

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Einrichtungen nicht berührt.

Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag zur Gothaer Unfallversicherung genannt.

Informationen zum Vertrag

• Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben.

Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.

• Bindefrist

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.

• Zustandekommen des Vertrages

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.

• Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln.

– Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen 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 von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

• Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag.

• Beendigung des Vertrages

Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.

• Vertragssprache

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden.

• Anwendbares Recht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

• Gerichtsstand

Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010)

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

Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?**
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**
 - 2.1 Invaliditätsleistung**
 - 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.1.2 Art und Höhe der Leistung
 - 2.2 Tagegeld**
 - 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
 - 2.3 Krankenhaus-Tagegeld**
 - 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
 - 2.4 Genesungsgeld**
 - 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung
 - 2.5 Todesfalleistung**
 - 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.5.2 Höhe der Leistung
 - 2.6 Bergungskosten**
 - 2.7 Kosmetische Operationen**
- 3 Generell ohne Mehrbeitrag versicherte Leistungen**
 - 3.1 Versorgung des Partners**
 - 3.2 Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen**
 - 3.3 Rooming-In**
 - 3.4 Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers**
 - 3.5 Doppelte Todesfalleistung bei Vollwaisen**
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 5 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person?**
- 6 Nicht versicherbare Personen**
- 7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 8 Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei Wehr-/ Zivildienst?**

Der Leistungsfall

- 9 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?**
- 10 Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten und das Nichteinhalten bestimmter Fristen?**
- 11 Wann sind die Leistungen fällig?**

Die Versicherungsdauer

- 12 Wann beginnt und endet der Vertrag?**

Der Versicherungsbeitrag

- 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
 - 13.1 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?**
 - Beitrag und Versicherungsteuer
 - Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
 - Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
 - Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
 - Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2 GUB 2010

Weitere Bestimmungen

- 14 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 16 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 17 Welches Recht findet Anwendung und wo sind die Gerichtsstände?**
- 18 Was müssen Sie uns sonst noch mitteilen, was müssen Sie dabei beachten?**
- 19 Umstellung des Vertrags auf den Seniorentarif**

Versicherungsumfang

1

- 1.1 Was ist versichert?** Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Wo und wann gilt der Versicherungsschutz?** Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt. Wenn im Vertrag keine abweichende Regelung getroffen worden ist, gilt er 24 – Stunden rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr.
- 1.3 Was ist ein Unfall?** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.
Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.
Auch Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche, die als Folge eines Unfalls im Sinne dieser Ziffer auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.
- 1.4 Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?**
- 1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.4.2 Bei Gesundheitsschädigungen durch die Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn besondere Umstände den Versicherten dazu zwingen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang auszusetzen. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu Stande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
- 1.4.3 Der Versicherungsschutz erstreckt sich 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. Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- 1.4.4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper der versicherten Person gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
Die äußere Hautschicht wird z.B. durch einen Zeckenbiss durchtrennt. Die durch Zeckenbiss verursachten Infektionen wie Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis) fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.
Es fallen auch folgende Infektionskrankheiten unter den Versicherungsschutz, bei denen die Krankheitserreger ebenfalls durch eine Durchtrennung der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:
- Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird.
 - Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird.
 - Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird.
 - Schlafkrankheit, wird durch den Stich der Tsetsefliege übertragen.
 - Tetanus, der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.
 - Tularämie (Hasenpest), wird durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Hunden und Katzen übertragen.
- Die vorgenannte Aufzählung von Infektionskrankheiten, die dadurch entstehen, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind, ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf durch Schutzimpfungen hervorgerufene Infektionen beschränkt sich auf die Leistungsarten Invalidität und Tod gemäß den Bestimmungen der Ziffern 2.1 und 2.5 GUB 2010. Sie müssen uns das zur Infektion führende Ereignis frühzeitig anzeigen.
Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheitserreger und einer Invalidität ist von Ihnen durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.
Abweichend von Ziffer 9.1 GUB 2010 reicht es aus, wenn Sie den Versicherer unverzüglich unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.
Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 GUB 2010 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektiöser bedingte Invalidität
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
 - Innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht worden ist.

Abweichend von Ziffer 11.5 sind Sie und wir berechtigt, längstens bis zu 4 Jahren nach der ärztlichen Feststellung der erstmaligen Infektion, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es bei der Frist von 5 Jahren.

- 1.4.5 Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- oder Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungsschutz, soweit sich diese Gesundheitsschädigungen als Unfälle im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010 darstellen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerkrankheiten sind.

Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Gesundheitsschädigungen durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen (Siehe Ziffer 4.2.5 GUB 2010).

- 1.4.6 Mitversichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen.

Auch mitversichert sind Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Auf die Ziffer 4.2.4 GUB 2010 weisen wir hin.

1.5 Wichtiger Hinweis

Auf die Regelungen über die Ausschüsse vom Versicherungsschutz (Ziffer 4), Einschränkung der Leistungen bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen (Ziffer 5) sowie nicht versicherbare Personen (Ziffer 6) weisen wir Sie hin.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag. Zusätzliche Leistungen, die Sie unter Ziffer 3 finden, sind generell mitversichert.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung sind die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

a) bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	16 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	55 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	3 %
b) bei gänzlichem Verlust	
der Sehkraft eines Auges	55 %
des Gehörs auf einem Ohr	35 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
c) bei vollständigem Verlust der Stimme	40 %

Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziffer 4.2.1)

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

	2.1.2.2.2	Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
	2.1.2.2.3	Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach den Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.2 zu bemessen.
	2.1.2.2.4	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
	2.1.2.3	<p>Stirbt die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder • gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, <p>und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.</p>
2.2 Tagegeld	2.2.1	<p><u>Voraussetzungen für die Leistung</u></p> <p>Die versicherte Person ist unfallbedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> • in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und • in ärztlicher Behandlung. <p>Sofern die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit als möglich nachgeht, wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.</p>
	2.2.2	<p><u>Höhe und Dauer der Leistung</u></p> <p>Das Tagesgeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagesgeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.</p>
2.3 Krankenhaus-Tagegeld	2.3.1	<p><u>Voraussetzungen für die Leistung</u></p> <p>Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Eine vollstationäre Heilbehandlung liegt bei einem mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt vor.</p> <p>Kuren sowie Aufenthalte in privaten Einrichtungen (Pensionen und Hotels) und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Erfolgt die Heilbehandlung jedoch in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaus-Tagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfall-einweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten ist.</p> <p>Krankenhaus-Tagegeld wird auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation gezahlt, soweit für diese Operation üblicherweise ein Krankenhausaufenthalt notwendig wäre. Den Nachweis darüber haben Sie als Versicherungsnehmer zu führen. Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird in diesen Fällen für drei Tage gezahlt. Ein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4.1 GUB 2010 entsteht hierdurch nicht.</p>
	2.3.2	<p><u>Höhe und Dauer der Leistung</u></p> <p>Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.</p> <p>Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.</p> <p>Bei unfallbedingtem vollstationärem Aufenthalt der versicherten Person zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50% des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes übernommen. Diese Regelung hat jedoch nur dann Gültigkeit, wenn der vollstationäre Aufenthalt unmittelbar an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließt.</p>
2.4 Genesungsgeld	2.4.1	<p><u>Voraussetzungen für die Leistung</u></p> <p>Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3.</p> <p>Ein Anspruch auf Genesungsgeld entsteht allerdings nur dann, wenn diese Leistung ausdrücklich vereinbart ist.</p>
	2.4.2	<p><u>Höhe und Dauer der Leistung</u></p> <p>Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaus-Tagegeld vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.</p>
2.5 Todesfalleistung	2.5.1	<p><u>Voraussetzungen für die Leistung</u></p> <p>Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 weisen wir hin.</p>
	2.5.2	<p><u>Höhe der Leistung</u></p> <p>Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.</p>

2.6 Bergungskosten in der Unfall- versicherung

- 2.6.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir bis zur Höhe von 10.000 EUR – soweit keine abweichende Summe vereinbart ist – die entstandenen notwendigen Kosten für:
- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
 - Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
 - Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.
 - die Heimfahrt – oder Unterbringung der mitreisenden minderjährigen Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, die nach einem Unfall im Ausland zusätzlich entstehen.
2. Hat die versicherte Person für Kosten nach 2.6.1. a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.
4. Bestehen für den Versicherten bei der Gothaer Allgemeine Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die beitragsfrei mitversicherten Bergungskosten in Höhe von 10.000 EUR nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfall- versicherung

- Soweit keine abweichende Summe vereinbart ist, gilt im Rahmen der nachstehenden Bedingungen eine Summe von 10.000 EUR versichert.
- Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztliche verordnete Hilfsmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person, durchgeführt werden.
- Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.
- Bestehen für den Versicherten bei der Gothaer Allgemeine Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die beitragsfrei mitversicherten Kosten für kosmetische Operationen in Höhe von 10.000 EUR nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.8 Zahnbehandlungskosten nach einem Unfall

- Im Rahmen der für diesen Vertrag für die Leistung „Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung“ geltenden Versicherungssumme, siehe hierzu die Ziffer 2.7.1, übernehmen wir Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder den Teilverlust von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stifzähnen, Gebissen und Implantaten).
- Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

3 Welche Leistungen sind generell ohne Mehrbeitrag versichert?

3.1 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur nächsten Stammfälligkeit beitragsfrei weitergeführt. (Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung).

3.2 Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen

Ihre während der Laufzeit des Vertrages geborene Kinder gelten beitragsfrei ab vollendeter Geburt bis zur nächsten Stammfälligkeit mitversichert. Die Versicherungssumme beträgt 30.000 EUR für den Invaliditätsfall. (Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung).

3.3 Rooming-in

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010, der sich vor der Vollendung des 12. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

- bis 10. Übernachtung: 30,00 EUR
- ab der 11. Übernachtung: 15,00 EUR

(Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung).

3.4 Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers

3.4.1 Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.

3.4.2 Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das gemäß Ziffer 3.4.1 der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich unsere Leistungen nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

3.4.3 In Ergänzung der Ziffern 12.2 bis 12.3 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) gilt folgendes:

- a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt Absatz a) außer Kraft.

Der vorstehende Satz gilt nicht für das unfallbedingte Ableben des Versicherungsnehmers im Rahmen der Frist von sieben Tagen gemäß Ziffer 4.1.3 Absatz 2 Satz 1 und 2.

3.5 Todesfalleistung für Vollwaisen

Ziffer 2.5 wird wie folgt erweitert:

Besteht für beide Elternteile Unfallversicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf Grundlage der GUB 2010, und werden beide versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet, so wird an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder das Doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfallversicherungssumme ausgezahlt, höchstens jedoch 50.000 EUR je Elternteil.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungs- schutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändeln, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

Der Versicherungsschutz wird in diesem Fall nach den im Rahmen des Vertrages vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen gewährt, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:

1.000.000 EUR für den Todesfall

2.000.000 EUR für den Invaliditätsfall

250 EUR für Tagegeld

250 EUR für Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld

30.000 EUR für Bergungskosten

30.000 EUR für kosmetische Operationen

Bestehen für die versicherte Person bei der „Gothaer Allgemeine Versicherung AG“ weitere Unfallversicherungen, so gelten diese Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Versicherungen insgesamt.

Benutzen mehrere durch diesen Versicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Summe von

10.000.000 EUR für den Todesfall

20.000.000 EUR für den Invaliditätsfall

2.500 EUR für Tagegeld

2.500 EUR für Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld

100.000 EUR für Bergungskosten

100.000 EUR für kosmetische Operationen

so müssen Sie uns mindestens drei Arbeitstage vor Antritt der Flugreise verständigen. Haben wir keine Deckungszusage für Versicherungssummen erteilt, die die vorgenannten Beträge überschreiten, so gelten diese Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die sich in demselben Flugzeug befinden, und die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

- 4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennveranstaltung im Sinne dieser Bestimmung.
- 4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 4.2.1 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 4.2.2 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren. Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff im Sinne dieser Bestimmung.
- 4.2.3 Infektionen, die nicht nach Ziffer 1.4.4 GUB 2010 versichert sind.
- 4.2.4 Vergiftungen, die nicht nach Ziffer 1.4.6 GUB 2010 versichert sind.
- 4.2.5 Unfälle durch Strahlen, die nicht nach Ziffer 1.4.5 GUB 2010 versichert sind. Ferner sind Unfälle ausgeschlossen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2.6 Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch bei Schädigungen an Bandscheiben dann, wenn neben der Schädigung der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache hierfür ist. Bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungsschutz jedoch dann, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Bauch- oder Unterleibsbruch durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende, direkte Einwirkung auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht wurde und diese Gewalteinwirkung durch medizinische Befunde belegt ist.

5 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person?

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

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

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, unterbleibt jedoch die Minderung. Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.

6 Nicht versicherbare Personen

- 6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird, sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.
- 6.2 **Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.**
- 6.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

7 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- 7.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung und dem Alter der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis und das Alter der versicherten Person.

Im Rahmen unseres Tarifes unterscheiden wir 4 Gefahrengruppen. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags.

Bitte entnehmen Sie die einzelnen Gefahrengruppen nachfolgend:

Gefahrengruppe A

Alle weiblichen Personen unabhängig ihrer Berufstätigkeit.

Männliche Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufstätigkeit. Dazu zählen auch

- Apotheker, Architekten, Ärzte (Tierärzte Gefahrengruppe B)
- Bauunternehmer (nicht körperlich mitarbeitend), Bühnenkünstler (Tänzer Gefahrengruppe B)
- Chemiker
- Filmkünstler (Tänzer Gefahrengruppe B), Friseure, Fußpfleger
- Handwerksmeister (nur Aufsicht führend), Hotelbesitzer
- Ingenieure (nur Aufsicht führend)
- Kosmetiker
- Lehrer (Tanz-, Turn-, Sportlehrer Gefahrengruppe B)
- Masseur
- Optiker
- Pensionsbesitzer, Pflegepersonal (nicht in Nervenheilstätten)
- Rechtsanwälte, Richter, Notare
- Schneider
- Uhrmacher
- Zahnärzte

Gefahrengruppe B

Männliche Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, auch wenn diese nur gelegentlich ausgeübt wird. Dazu zählen auch

- Bedienungspersonal, Berufskraftfahrer, Berufssoldaten
- Gastwirte
- Handwerker (mitarbeitend), Handwerksmeister (mitarbeitend)
- Justizvollzugsdienst
- Küchenpersonal
- Landwirte, Lenker von Lastkraftwagen
- Pflegepersonal in Nervenheilstätten, Polizeidienst
- Schausteller, Sportlehrer
- Tänzer, Tanzlehrer, Turnlehrer, Tierärzte
- Zeitsoldaten, Zolldienst

Gefahrengruppe S

- Alle weiblichen und männlichen Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr.

Gefahrengruppe Kinder

- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Bei den unter der Gefahrengruppe A und B aufgezählten Berufen handelt es sich jeweils nur um eine beispielhafte Aufzählung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Unser vollständiges Berufsgruppenverzeichnis können Sie im Internet wie folgt abrufen:

[www.gothaer.de/Privatkunden/Produkte von A bis Z/Unfallversicherungen/Risiko-Unfallversicherung/Details zur Risiko-Unfallversicherung/Was ist bei einem Wechsel der Berufsgruppe zu beachten?](http://www.gothaer.de/Privatkunden/Produkte_von_A_bis_Z/Unfallversicherungen/Risiko-Unfallversicherung/Details_zur_Risiko-Unfallversicherung/Was_ist_bei_einem_Wechsel_der_Berufsgruppe_zu_beachten?)

Gerne übersenden wir es Ihnen auch.

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

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst, von Zivil- und Ersatzdienst sowie militärische Reserveübungen zählen nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung.

- 7.2 Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif höhere Versicherungssummen, so gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung über die Berufsänderung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die Erhöhung der Versicherungssummen ist auf die Höchstversicherungssummen des Tarifs begrenzt.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weiter. Den gesenkten Beitrag berechnen wir ab dem Zeitpunkt, zu dem uns Ihre Mitteilung zugeht.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist.

- 7.3 Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter. Den erhöhten Beitrag berechnen wir nach Ablauf von 2 Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitragsberechnung erfolgt nachträglich.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist.

- 7.4 Ergeben sich im Rahmen der versicherten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die gemäß Ziffer 7.3 entweder niedrigere Versicherungssummen oder aber höhere Beiträge zu berechnen wären, so unterbleibt eine solche Berechnung, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.
- Die Berechnung gemäß Ziffer 7.3 unterbleibt auch dann, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.
- Eine in regelmäßigen Abständen ausgeübte Sondergefahr ist uns mitzuteilen.
- 7.5 **Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.**
- Unser Kündigungsrecht erlischt,**
- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
 - wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.
- Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.
- Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalles
- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
 - wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.
- Für die folgenden Berufe bieten wir nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz:
Akrobaten, Feuerwerker, Sprengmeister, Berufs- oder Vertragssportler, Kunstreiter, Tierbändiger, Berufstaucher, Rennreiter (Jockey), Personenschützer, Stuntmen.

8 Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei Wehr-/Zivildienst?

- 8.1 Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungsschutz weiter.
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 8.2 Der Versicherungsschutz ruht, sobald die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- 8.3 Leistet die versicherte Person Pflichtwehrdienst oder Zivildienst oder nimmt sie an militärischen Reserveübungen teil, ist eine Mitteilung nach Ziffer 7.1 nicht erforderlich.

Der Leistungsfall

9 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)

- Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten gem. Ziffer 2. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Mitwirkung und die der versicherten Personen, um unsere Leistung erbringen zu können (Obliegenheiten).
- 9.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 9.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 9.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- Wird bei Selbständigen der Verdienstaufall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1/5‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200 EUR beträgt.
- 9.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- 9.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tode des Versicherten und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 9.6 Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben dem Versicherungsnehmer nach Maßgabe des § 47 VVG 2008 auch der Versicherte verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in seiner Person entstehen können (auch im Hinblick auf Ziffer 14 GUB 2010).

**10
Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten und das Nichteinhalten bestimmter Fristen?**

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit (Ziffer 9) vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Werden die zur Begründung von Invaliditätsansprüchen nach Ziffer 2.1.1.1

- Eintritt einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, und
- schriftliche Feststellung der Invalidität durch einen Arzt innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall oder zur Neubemessung des Grades der Invalidität nach Ziffer 11.5:
- Feststellung des neuen Grades der Invalidität innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Unfalles
- Anspruchstellung spätestens 3 Monate vor Ablauf der Frist

vorgesehenen Fristen nicht eingehalten, so entfällt Ihr Leistungsanspruch, ohne dass es auf Ihr Verschulden gemäß Abs. 1 ankommt.

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben bzw. die versicherte Person dieses unternommen hat.

**11
Wann sind die Leistungen fällig?**

11.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

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

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

11.3 Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – wenn Sie es verlangen – angemessene Vorschüsse.

Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

11.4 Bei schwerwiegenden Unfallverletzungen zahlen wir Ihnen vor Abschluss des Heilverfahrens einen sofortigen Vorschuss von mindestens 20% der Summe, die sich aus der zu erwartenden unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) errechnet. Besteht für die versicherte Person allerdings aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist der sofortige Vorschuss auf die vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.

Eine schwerwiegende Unfallverletzung liegt immer in den Fällen vor, in denen der zu erwartende Grad der Invalidität mindestens 40% beträgt.

Dass eine unfallbedingte Invalidität verbleibt, muss von Ihnen durch Vorlage eines fachärztlichen Attestes nachgewiesen werden.

Der von uns an Sie gezahlte sofortige Vorschuss bei schwerwiegenden Unfallverletzungen wird auf die Zahlung der endgültigen Invaliditätsleistung angerechnet.

11.5 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Ihnen steht das Recht längstens 3 Jahre nach Eintritt des Unfalles zu, uns nur 2 Jahre. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt die Frist für Sie und uns 5 Jahre. Dieses Recht muss

- von uns mit Abgabe einer Erklärung über unsere Leistungspflicht entsprechend Ziffer 11.1,
- von Ihnen vor Ablauf dieser Frist ausgeübt werden.

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

11.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

12
Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 12.1 **Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 13.2 zahlen.
- 12.2 **Dauer und Ende des Vertrages**
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 12.3 **Kündigung nach Versicherungsfall**
Den Vertrag können Sie oder wir durch schriftliche Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Der Versicherungsbeitrag

13
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 13.1 **Beitrag und Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 13.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**
- 13.2.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.
- 13.2.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 13.2.3 **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 die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 13.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 13.3.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- 13.3.2 **Verzug**
Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 13.3.3 und 13.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 13.3.3 **Kein Versicherungsschutz**
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 13.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurden.

13.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 13.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

13.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem 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 Zahlungsaufforderung erfolgt.

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

13.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

13.6 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.

13.7 Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2

Im Krieg oder im kriegsmäßigen Einsatz wird die Pflicht Beiträge zu zahlen unterbrochen. Für diesen Zeitraum gezahlte Beiträge werden auf die spätere Versicherungszeit angerechnet oder – falls das Versicherungsverhältnis vorzeitig beendet wird – erstattet.

Weitere Bestimmungen

14

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

14.1 Fremdversicherung

14.1.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

14.1.2 Fremdversicherung kann von Ihnen für Rechnung der versicherten Person abgeschlossen sein (Fremdversicherung für fremde Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für fremde Rechnung geschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die Leistung nicht Ihnen sondern der versicherten Person zu. Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen oder ob wir dieses für Sie übernehmen.

14.1.3 Die Fremdversicherung kann von Ihnen auch für eigene Rechnung abgeschlossen werden (Fremdversicherung für eigene Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für eigene Rechnung abgeschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die Leistung Ihnen zu. Die Fremdversicherung für eigene Rechnung ist nur dann wirksam, wenn die versicherte Person ihre schriftliche Einwilligung gegeben hat.

Wir sind bei der Fremdversicherung für eigene Rechnung von der Leistung frei, wenn Sie den Unfall der versicherten Person durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt haben.

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

14.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

14.4 **Bezüglich der Erfüllung von Obliegenheiten weisen wir auf die Ziffer 9.6 hin.**

15

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

15.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satz 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem wir ausdrücklich und schriftlich gefragt haben, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.

Die versicherte Person ist neben Ihnen für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

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

15.2 Rücktritt

15.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

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

Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

15.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

15.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

15.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

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

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

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

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

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

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

15.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- 16**
Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 16.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Ihren / wir den unseren Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangen oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müssten (§§ 195, 199 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren die Ansprüche in jedem Fall in zehn Jahren von ihrer Entstehung an.
- 16.2 Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 17**
Welches Recht findet Anwendung? Wo sind die Gerichtsstände?
- 17.1 Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- 17.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 17.3 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben oder, in Ermangelung eines solchen, bei dem Gericht des Ortes, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.
- 18**
Was müssen Sie uns sonst noch mitteilen, was müssen Sie dabei beachten?
- 18.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie in Textform abgeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 18.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18.3 Haben Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung des Gewerbebetriebes die Bestimmungen von Ziffer 18.2 entsprechende Anwendung.
- 18.4 Wird der Versicherungsvertrag durch einen Makler betreut, ist dieser bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervertrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.
- 19**
Umstellung des Vertrags auf den Seniorentarif
- 19.1 Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Ab dem dann folgenden Versicherungsjahr ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif der Gothaer für Senioren (Gefahrengruppe S) ergibt.
- Sie werden von uns spätestens einen Monat vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, über den veränderten Beitrag unterrichtet. Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt des Nachtrags zugehen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung in Kraft treten würde.
- Auf das Kündigungsrecht werden wir Sie in dem Nachtrag noch einmal hinweisen.
- 19.2 Nach der bedingungsgemäßen Umstellung des Vertrags auf den Tarif der Gothaer für Senioren im Sinne der Ziffer 19.1, bieten wir im Rahmen folgender Leistungsarten und Produkte keinen Versicherungsschutz mehr für:
- Invalidität mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) [Nr. 62]
 - Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]
 - Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72] in Verbindung mit der progressiven Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) [Nr. 62]
 - Invalidität mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %) [Nr. 82]
 - die Gothaer UnfallTop 2010 im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2010 (Nr. 93)
 - die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop (Nr. 94)
 - die Invaliditätsrente bis 65 im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsrente bis 65 (Nr. 97)

Die Versicherungssumme, die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat, für eine der folgenden versicherten Leistungsarten

- Invalidität mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) [Nr. 62]
- Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]
- Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72] in Verbindung mit der progressiven Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) [Nr. 62]
- Invalidität mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %) im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %) [Nr. 82]

gültig ist, wird dann als Versicherungssumme für eine einfache, lineare Invaliditätsleistung im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen übernommen.

Hierzu ein Beispiel:

Für die versicherte Person ist eine Invalidität mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) vereinbart. Die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat, geltende Basis-Versicherungssumme beträgt 100.000 EUR. Die Leistung bei Vollinvalidität (Invaliditätsgrad von 100 %) beträgt demzufolge 350.000 EUR.

Die Basis-Versicherungssumme von 100.000 EUR wird als Versicherungssumme einer einfachen, linearen Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen übernommen. Die vereinbarte Progression von 350 % entfällt. Die Leistung bei Vollinvalidität (Invaliditätsgrad von 100 %) beträgt demzufolge 100.000 EUR.

Ist die Leistungsart

- Invaliditätsrente bis 65 im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsrente bis 65 (Nr. 97)

Vertragsbestandteil, so wird eine Invaliditätsversicherungssumme für eine einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen aus dem Jahresbeitrag, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzlicher Versicherungsteuer errechnet. Die errechnete Versicherungssumme dient der Erhöhung der Versicherungssumme, die für eine einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen bereits Vertragsbestandteil ist. Ist eine einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen kein Vertragsbestandteil, so wird sie es, mit der aus dem Jahresbeitrag, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzlicher Versicherungsteuer, errechneten Versicherungssumme.

Auch hierzu ein Beispiel:

Für die versicherte Person ist eine monatliche Invaliditätsrente bis 65 in Höhe von 1.000 EUR vereinbart. Der Jahresbeitrag beträgt, ohne eventuelle Ratenzuschläge und ohne gesetzliche Versicherungsteuer, 52,00 EUR.

Der angenommene Beitragssatz für die einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen beträgt für die Gefahrengruppe Senioren (S) in diesem Beispiel 0,95 ‰ (je 1.000 EUR Versicherungssumme).

Die Versicherungssumme errechnet sich wie folgt:

$$52,00 \text{ EUR} / 0,95 \text{ ‰} = 54.737 \text{ EUR}$$

Für die übrigen Leistungsarten

- Todesfallleistung
- Unfallkrankenhaustagegeld
- Genesungsgeld

gelten die Versicherungssummen, die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, gültig sind, fort.

Ist die Gothaer UnfallTop 2010 vereinbart, so gilt aufgrund der Tatsache, dass diese nach der Umstellung auf den Senientarif entfällt, für die Leistungsarten

- Bergungskosten
- Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

nach der Umstellung eine beitragsfreie Versicherungssumme in Höhe von jeweils 10.000 EUR.

Gleiches gilt, wenn neben der Gothaer UnfallTop 2010 zusätzlich auch die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010 vereinbart ist.

(Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung.)

Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

Die Besonderen Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Nr. 50 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind, wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 12 GUB 2010)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (Ziffer 12 GUB 2010) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Nr. 51 (U 2080) Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung (5 oder 10 %) von Leistung und Beitrag

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um jeweils . . . Prozent erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 EUR, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf 1,00 EUR aufgerundet.
Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Gothaer Kinder-Rente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen der Gothaer UnfallTop und im Rahmen der PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop und im Rahmen des Bausteins CuraPlus bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.

4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Nr. 55 (U 2081)

Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (mindestens 5 %, höchstens 8 %)

1. Die Versicherungssummen werden jeweils um den Prozentsatz erhöht, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch um 5 %, höchstens aber um 8 %. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 EUR, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf 1,00 EUR aufgerundet. Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Gothaer Kinder-Rente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen der Gothaer UnfallTop und im Rahmen der PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop und im Rahmen des Bausteins CuraPlus bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zu dem Beginn des Versicherungsjahres, der dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten folgt oder mit ihm übereinstimmt.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Nr. 62 (U 2074)

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 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 Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

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

Nr. 69 (U 2076)

Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial

Ziffer 2 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) wird wie folgt erweitert:

1. Führt ein Unfall zu einer Leistungsunfähigkeit, so wird ab dem 15. Tag für die Dauer der durch ein ärztliches Attest nachgewiesenen Leistungsunfähigkeit Tagegeld gezahlt, unabhängig von sonstigen eventuellen anderen Leistungsansprüchen und deren Voraussetzungen. Die Entscheidung über eine Leistungsunfähigkeit richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
2. Das Tagegeld wird längstens für 6 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Nr. 72 (U 2084)
Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT)

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

- a) eines Armes oder einer Hand 100 %
- eines Daumens oder Zeigefingers 60 %
- eines anderen Fingers 20 %
- b) eines Beines oder Fußes 70 %
- einer großen Zehe 8 %
- einer anderen Zehe 3 %
- c) eines Auges 80 %
- des Gehörs auf beiden Ohren 70 %

Nr. 80
Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers unmittelbar beim Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.
2. Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

Nr. 82 (U 2075)
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 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 vierfache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme,
- d) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die elffache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel															
von	auf	von	auf	von	auf	von	auf	von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %	
26	29	36	69	46	109	56	173	66	253	76	336	86	446	96	556
27	33	37	73	47	113	57	181	67	261	77	347	87	457	97	567
28	37	38	77	48	117	58	189	68	269	78	358	88	468	98	578
29	41	39	81	49	121	59	197	69	277	79	369	89	479	99	589
30	45	40	85	50	125	60	205	70	285	80	380	90	490	100	600
31	49	41	89	51	133	61	213	71	293	81	391	91	501		
32	53	42	93	52	141	62	221	72	301	82	402	92	512		
33	57	43	97	53	149	63	229	73	309	83	413	93	523		
34	61	44	101	54	157	64	237	74	317	84	424	94	534		
35	65	45	105	55	165	65	245	75	325	85	435	95	545		

Nr. 89

Besondere Versicherungsbedingungen für die Gothaer Kinder-Rente

Versicherungsumfang

1. Wer kann versichert werden?
2. Was ist durch diesen Vertrag versichert (Versicherungsfall)?
3. Welche Voraussetzungen gelten für den Anspruch auf unsere Leistungen?
4. Was gilt für Art, Höhe und Dauer der Leistung?
5. Welchen Einfluss haben Versicherungsunfähigkeit und Ausschlüsse auf den Vertrag?
6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Leistungsfall

7. Was müssen Sie im Leistungsfall beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Verletzung von Obliegenheiten?
9. Wann ist unsere Leistung fällig?
10. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

In Abänderung von Ziffer 1.1 und in Ergänzung von Ziffer 2 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) erbringen wir die vereinbarte Gothaer Kinder-Rente gemäß den nachfolgenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsumfang

- 1. Wer kann versichert werden?**

Die Gothaer Kinder-Rente kann für Kinder vom vollendeten 1. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr abgeschlossen werden.
- 2. Was ist im Rahmen der Gothaer Kinder-Rente versichert (der Versicherungsfall)?**

 - 2.1 Wir bieten Versicherungsschutz für die durch Krankheit oder Unfall unfreiwillig eingetretene Invalidität. Als Invalidität gilt eine nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht und die nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 erreicht. Versicherungsschutz besteht nicht für angeborene Krankheiten oder für sonstige unter Ziffer 5 bzw. 6 genannte Verletzungen.
 - 2.2 Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt das Datum, welches aus dem Bescheid des Versorgungsamtes als Feststellungszeitpunkt des GdB von wenigstens 50 hervorgeht.
- 3. Welche Voraussetzungen gelten für den Anspruch auf unsere Leistungen?**

 - 3.1 Sie müssen die Invalidität durch Vorlage des Bescheids des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung nachweisen und geltend machen.
 - 3.2 Wird eine Krankheit, die Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 zur Folge hat, während des Zeitraumes ärztlich festgestellt, in welchem die Gothaer Kinder-Rente im Rahmen des Vertrages wirksam ist, so kann ein Anspruch auf Leistung auch dann entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Ausschluss der Gothaer Kinder-Rente vom Vertrag oder aber nach Beendigung des gesamten Vertrages eingetreten ist (Nachhaftungsfrist).
Dies gilt auch für einen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010.
- 4. Was gilt für Art, Höhe und Dauer der Leistung?**

 - 4.1 Die Gothaer Kinder-Rente zahlen wir monatlich in der vereinbarten Höhe.
 - 4.2 Die Gothaer Kinder-Rente zahlen wir ab dem 1. des Monats, der auf das Datum folgt, welches aus dem Bescheid des Versorgungsamtes als Feststellungszeitpunkt des GdB von wenigstens 50 hervorgeht. Die Rente wird gezahlt für die Zeit, in der die Invalidität durch einen gültigen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen wird. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tode der versicherten Person gezahlt.
 - 4.3 Die Rentenzahlung ruht, wenn der Fortbestand der Invalidität nicht mehr nachgewiesen wird. Während der Laufzeit des Vertrages setzen wir die Rentenzahlung fort, wenn Sie uns eine Invalidität erneut nachweisen; Ziffer 4.2 gilt entsprechend.
Nach Ende des Vertrages wird die Fortsetzung der Rentenzahlung von dem Nachweis abhängig, dass ausschließlich die früheren Beeinträchtigungen wieder zur Invalidität mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 führten. Der Anspruch auf Fortsetzung der Rentenzahlung erlischt, wenn seit dem Zeitpunkt der Unterbrechung mehr als zehn Jahre vergangen sind.
 - 4.4 Wir sind berechtigt, jeweils nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Geltendmachung den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen.
Wir sind auch berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich, so ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.
- 5. Welchen Einfluss haben Versicherungsunfähigkeit und Ausschlüsse auf den Vertrag?**

 - 5.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen bestand.
 - 5.2 Wird eine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen festgestellt, die bereits vor dem Wirksamwerden der Gothaer Kinder-Rente im Rahmen des Vertrages bestanden hat, so erlischt die Gothaer Kinder-Rente rückwirkend ab Beginn; bereits für diese Leistungsart gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.
Dies gilt entsprechend, wenn wir nach Ziffer 6.1 keine Leistung erbringen.
 - 5.3 Sind wir nach Ziffer 5.2 von der Leistung frei, erlischt der Versicherungsschutz für die Gothaer Kinder-Rente rückwirkend zu dem Datum, welches aus dem Bescheid des Versorgungsamtes als Feststellungszeitpunkt des GdB von wenigstens 50 hervorgeht. Die ab diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.
- 6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, die ganz oder überwiegend eingetreten ist aufgrund

 - 6.1 einer HIV-Infektion, wenn das versicherte Kind bei Vertragsbeginn das 12. Lebensjahr bereits vollendet hatte;
 - 6.2 Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen Unfall oder einer Erkrankung mit hirnganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit der Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer Kinder-Rente im Rahmen des Vertrages eingetreten ist;
 - 6.3 von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen, soweit sie auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. In beiden Fällen besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn das versicherte Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - 6.4 einer von der versicherten Person vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat;

- 6.5 aufgrund mittelbarer oder unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie;
- 6.6 einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt haben.

**7.
Was müssen Sie im Leistungsfall beachten (Obliegenheiten)?**

- Ohne Ihre Mitwirkung können wir die vereinbarte Versicherungsleistung nicht erbringen.
- 7.1 Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen führen können, sollten sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen.
 - 7.2 Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sollten Sie uns möglichst bald anzeigen.
 - 7.3 Die von uns daraufhin übermittelte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an uns zurücksenden. Die von uns darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte müssen Sie uns in gleicher Weise erteilen.
 - 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, insbesondere das Versorgungsamt, das den Bescheid über die Schwerbehinderung erlassen hat, sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 7.5 Wird der Grad der Behinderung (GdB) vom Versorgungsamt auf einen Grad von weniger als 50 herabgesetzt, müssen Sie uns das innerhalb eines Monats mitteilen.
 - 7.4 Stirbt die versicherte Person während der Rentenzahlung, müssen Sie uns den Tod innerhalb von drei Monaten mitteilen.

**8.
Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wird eine nach Ziffer 7.3 und 7.4. von Ihnen zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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

**9.
Wann ist unsere Leistung fällig?**

- 9.1 Sobald uns die Unterlagen und Ermächtigungen zugegangen sind, die Sie nach Ziffer 3.1, 7.3 und 7.4 beibringen müssen, sind wir verpflichtet, innerhalb einer Frist von drei Monaten in Textform zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen.
- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an, beginnt die Rentenzahlung nach Ziffer 4.2. Ein Anspruch auf Zahlung von Vorschüssen besteht nicht.

**10.
Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?**

- 10.1 Grundsätzliches
Grundsätzlich gelten auch für die Gothaer Kinder-Rente die Bestimmungen der Ziffer 12 GUB 2010. Der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet aber spätestens und ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.
Zu diesem Zeitpunkt wird eine Invaliditätsversicherungssumme im Sinne der Ziffer 2.1 GUB 2010 aus dem Jahresbeitrag, der für die Gothaer Kinder-Rente gezahlt worden ist, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzliche Versicherungsteuer errechnet. Die sich ergebende Versicherungssumme wird dann Vertragsbestandteil. Grundlage der Berechnung ist der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif der Gothaer Allgemeine Versicherung AG für die Einzel-Unfallversicherung für Erwachsene.
- 10.2 Vorzeitige Beendigung der Beitragszahlung
Die Verpflichtung zur Zahlung des Beitrages für die Gothaer Kinder-Rente erlischt zum Ende des Monats, in dem erstmals eine Rente gezahlt wird. Zu diesem Zeitpunkt erlischt auch der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer Kinder-Rente.
- 10.3 Wiederaufleben der Beitragszahlung
Vor Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person lebt die Verpflichtung zur Beitragszahlung und somit auch der Versicherungsschutz für die Gothaer Kinder-Rente im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen zum Beginn des Monats wieder auf, der auf die Unterbrechung der Rentenzahlung wegen Unterschreitung des GdB von 50 folgt.
Der Versicherungsschutz lebt zu den Versicherungssummen und Beiträgen wieder auf, die vor dem Eintritt der Rentenzahlung Gültigkeit hatten.
Sie können der Fortführung des Vertrages über diesen Zeitpunkt hinaus widersprechen, spätestens jedoch einen Monat nach Unterrichtung über die wiederbeginnende Beitragszahlung.

Nr. 93

Besondere Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2010

Die Besonderen Bedingungen zu den Gothaer UnfallTop 2010 werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Die Besonderen Bedingungen zu den Gothaer UnfallTop 2010 gehen den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) vor.

Tauchtypische Gesundheitsschäden

Ziffer 1.4.3 der GUB 2010 wird wie folgt erweitert:

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorgangs eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, so übernehmen wir die Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressionskammer im Rahmen der gemäß Ziffer 2.6 der GUB 2010 versicherten Bergungskosten bis zu einer Höhe von 2.500 EUR.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, so können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

Versicherung besonderer Infektionskrankheiten (IMMUN-Klausel)

Ziffer 1.4.4 der GUB 2010 wird um folgende Krankheiten erweitert, ohne dass hier die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen:

Brucellose (Maltafieber), Cholera, Diphtherie, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pest, Röteln.

Besondere Gliedertaxe

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 GUB 2010 werden folgende Invaliditätsgrade angenommen:

a)	bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
	eines Armes	75 %
	eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
	eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
	einer Hand	70 %
	eines Daumens	25 %
	eines Zeigefingers	16 %
	eines anderen Fingers	10 %
	eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	75 %
	eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
	eines Beines bis unterhalb des Knies	60 %
	eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
	eines Fußes	50 %
	einer großen Zehe	8 %
	einer anderen Zehe	3 %
b)	bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
	sofern die Sehkraft auf dem anderen Auge bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	70 %
	bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohr	40 %
	sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	50 %
	des Geruchs	15 %
	des Geschmacks	10 %
c)	bei vollständigem Verlust der Stimme	80 %
	Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziffer 4.2.1 GUB 2010). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	

Gipsgeld

Ziffer 2.3.1 Absatz 3 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Eingippsung eines Knochenbruchs für 3 Tage gezahlt.

Gleiches gilt, wenn der Knochenbruch der versicherten Person nur geschient oder ihr deswegen ein Hart- oder Kunstschaumverband angelegt wird.

**Verlängerte Zahlung
Krankenhaus-Tagegeld****Ziffer 2.3.2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

**Doppeltes Krankenhaus-
Tagegeld im Ausland****Ist im Vertrag ein Krankenhaus-Tagegeld versichert, so wird Ziffer 2.3.2 der GUB 2010 wie folgt erweitert:**

Ereignet sich ein Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 der GUB 2010 im Ausland, so zahlen wir für die Dauer eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 21 Tage, den doppelten Satz des für die betroffene versicherte Person vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldes.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in welchem die betroffene versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält.

Ist Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4 GUB 2010 vereinbart, so wird nur das einfache Genesungsgeld ausgezahlt.

**Verlängerte Zahlung
Genesungsgeld****Ziffer 2.4.2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaus-Tagegeld vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 500 Tage.

**Bergungskosten in der
Unfallversicherung**

Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2010 beträgt die versicherte Summe 20.000 EUR.

**Kosten für kosmetische
Operationen in der Unfall-
versicherung**

Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2010 beträgt die versicherte Summe 20.000 EUR.

Reha-Beihilfe**Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen eine stationär durchgeführte medizinisch notwendige Reha-Maßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen. Die Reha-Beihilfe wird einmal je Unfall gezahlt. Je Kalendertag der stationär durchgeführten medizinisch notwendigen Reha-Maßnahme wird maximal ein Betrag von 50 EUR gezahlt, insgesamt ist die Leistung auf 1.000 EUR begrenzt. Dabei wird Ziffer 5 der GUB 2010 berücksichtigt.

Die Reha-Beihilfe nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil. Bestehen für den Versicherten bei der Gothaer Allgemeine Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, so kann die Reha-Beihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Haushaltshilfegeld**Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist.

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 50 EUR je Tag vollstationären Aufenthalts, höchstens jedoch insgesamt 1.000 EUR je Unfallereignis. Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden. Der oben genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Behinderungsbedingte Mehraufwendungen**Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Hat ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 der GUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach den Ziffern 2.1.1., 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2010 geführt, so übernehmen wir bis zur Höhe von 10.000 EUR die erforderlichen Kosten für

- den behindertengerechten Umbau des PKW der versicherten Person und
- den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Prothesen und Hilfsmittel
- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, so können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

Der oben genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Psychologische Soforthilfe nach räuberischem Überfall / Geiselnahme**Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf psychologische Soforthilfe für die versicherte Person unmittelbar nach einem räuberischen Überfall oder nach einer Geiselnahme, deren Opfer sie geworden ist. Ersetzt werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen nach dem Überfall bzw. der Geiselnahme.

Bewusstseinsstörungen durch Medikamente**In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2010 gilt:**

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden, gelten als mitversichert.

Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall**In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2010 gilt:**

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht werden, gelten als mitversichert.

Die genannten Erkrankungen selbst sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Erweitertes Kriegsrisiko**Ziffer 4.1.3 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:**

Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz bis zu 14 Tagen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die auf den Territorien der Staaten ausgeübt werden, in denen keine Kriegshandlungen stattfinden.

Vergiftungen**In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.2.4 GUB 2010 gilt:**

Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von für Personen schädlichen Stoffen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind, entstehen, gelten als mitversichert.

Nr. 94

PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010

Die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010 wird nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie zur Gothaer UnfallTop 2010 vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2010 geht den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) und den Besonderen Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2010 vor.

Eigenbewegung

Ziffer 1.4.1 GUB 2010 wird wie folgt abgeändert und erweitert:

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
- Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
- Knochenbrüche entstehen.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.

Verbesserte Gliedertaxe

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 GUB 2010 werden folgende Invaliditätsgrade angenommen:

a)	bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
	eines Armes	80 %
	eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	75 %
	eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
	einer Hand	70 %
	eines Daumens	30 %
	eines Zeigefingers	20 %
	eines anderen Fingers	10 %
	eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
	eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
	eines Beines bis unterhalb des Knies	60 %
	eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
	eines Fußes	50 %
	einer großen Zehe	15 %
	einer anderen Zehe	5 %
b)	bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	60 %
	sofern die Sehkraft auf dem anderen Auge bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	100 %
	bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohr	40 %
	sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	80 %
	des Geruchs	15 %
	des Geschmacks	15 %
c)	bei vollständigem Verlust der Stimme	100 %
	Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziffer 4.2.1 GUB 2010). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	

Bergungskosten in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2010 beträgt die versicherte Summe 30.000 EUR.

Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2010 beträgt die versicherte Summe 30.000 EUR.

Haushaltshilfegeld

Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2010, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist.

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 50 EUR je Tag vollstationären Aufenthalts, höchstens jedoch insgesamt 2.500 EUR je Unfallereignis. Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden. Der oben genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Reha-Assistance

Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:

1. Der Anspruch der versicherten Person auf Reha-Assistance

Die versicherte Person hat Anspruch auf Reha-Assistance, wenn Sie aufgrund eines bedingungs-gemäßen Unfalls gemäß Ziffer 1.3 GUB 2010 oder gemäß Ziffer 1.4 GUB 2010 voraussichtlich mindestens 14 Tage im Krankenhaus verweilen muss.

Mit der Durchführung der Reha-Assistance beauftragen wir einen spezialisierten Reha-Assistance-Dienstleister. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistung tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und Reha-Assistance-Leistungen geltend machenden versicherten Person an den Dienstleister zu übermitteln.

2. Entbindung von der Schweigepflicht

Damit der von uns beauftragte Reha-Assistance-Dienstleister tätig werden kann, ist es erforderlich, dass die versicherte Person ausdrücklich alle den Unfall und dessen gesundheitliche Folgen untersuchenden oder behandelnden

- Angehörigen von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Reha-Assistance-Dienstleister entbindet.

Der beauftragte Reha-Assistance-Dienstleister wird im Rahmen des Ersthilfetelefonats die versicherte Person nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3. Bedarfserhebung für die Reha-Assistance

Hat die versicherte Person Anspruch auf Reha-Assistance, so beauftragen wir den Reha-Assistance-Dienstleister mit der Erhebung eines Reha-Assistance-Bedarfs.

Der Reha-Assistance-Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der versicherten Person, deren Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, volljährige Kinder, Eltern), den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben.

4. Kleiner und großer Rehafall

4.1 Der kleine Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor, wenn die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 2, höchstens aber 4 Wochen als arbeitsunfähig entlassen wird und der Hausarzt oder ein Facharzt die weitere Behandlung ambulant durchführt.

4.2 Der große Rehafall

Ein großer Rehafall liegt vor, wenn durch den Unfall voraussichtlich ein Invaliditätsgrad von mindestens 30 % nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bzw. 2.1.2.2.2 in Verbindung mit der Ziffer 2.1.2.2.3 und der Ziffer 5 GUB 2010 verbleibt. Eine eventuell vereinbarte **progressive Invaliditätsstaffel und/oder eine verbesserte Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin bleiben** bei der Bemessung des Invaliditätsgrades **unberücksichtigt**.

Ein großer Rehafall liegt ferner vor, wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
- Verletzungen der Wirbelsäule
- Polytrauma (Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenke).

5. Die Reha-Assistanceleistungen

5.1 Die Reha-Assistanceleistungen bei einem kleinen Rehafall

5.1.1 Die Rehabetreuung

Im Rahmen der Rehabetreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung) mit der versicherten Person oder einem Angehörigen bzw. einer bevollmächtigten Person und mit den behandelnden Ärzten.

Der telefonische Kontakt zu den behandelnden Ärzten erfolgt jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungssektor (Akutbehandlung im Krankenhaus – ambulante medizinische Weiterversorgung durch den Hausarzt oder einen Facharzt).

5.1.2 Die Rehaberaturg

Den Angehörigen und der versicherten Person wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistungen zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der versicherten Person und der Angehörigen im Rehaprozess der versicherten Person, z.B. bei Amts- und Behördenvorgängen.

5.1.3 Finanzielle Beihilfen

Wir finanzieren einmalig zusätzliche im Rahmen der Betreuung als notwendig erkannte ambulante therapeutische Maßnahmen geringeren Umfangs.

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

Wir übernehmen hierbei die Kosten für bis zu 5 Behandlungen.

5.2 Die Reha-Assistanceleistungen bei einem großen Rehafall

5.2.1 Die Rehabetreuung

Der Reha-Assistance-Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufsbegleitung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungswechsel erfolgt. Diese aktive telefonische Verlaufsbegleitung beginnt mit der Entlassung aus der akutmedizinischen Versorgung eines Krankenhauses und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- ständige Kontrolle des Soll-Ist-Zustandes und Problemlösungsgespräche mit allen Beteiligten
- regelmäßige Situationsbesprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungskoordination unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatzsicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der arbeitsplatzspezifischen Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungsstätten)
- Berufliche Reintegrationshilfen (Arbeitsplatzakquise- und Bewerbungsunterstützung)

5.2.2 Die Rehaberaturung

5.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungsträger angeboten. Gleichzeitig wird über die Aspekte der sozialen, schulischen oder beruflichen Rehabilitation informiert. Aus der jeweiligen Situation heraus werden Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

Auf Wunsch können Kontakte zu qualifizierten ambulanten Versorgungseinrichtungen oder medizinischen Fachkräften vermittelt oder terminiert werden.

5.2.2.2 Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Die versicherte Person bzw. deren Angehörige werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung oder KFZ Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Reha-Assistance-Dienstleister begleitet.

5.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete Heil- und Hilfsmittel.

5.2.2.4 Rückführungsberatung und –begleitung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinderunfallversicherung

Unmittelbar im Anschluss an die medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den jeweiligen Kostenträgern, Bildungsverantwortlichen, pädiatrischen Fördereinrichtungen und den Eltern über die Rückführung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz organisiert und aktiv begleitet.

Der Reha-Assistance-Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rückführungsplan zum nahtlosen Übergang aus der Rehabilitation. Sind neben dem Rückführungsplan zusätzliche Maßnahmen erforderlich so werden diese koordiniert und begleitet.

Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Normalität des weiteren Bildungs- oder Ausbildungsweges.

5.2.2.5 Rückführungsberatung und -begleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung für Erwachsene

Unmittelbar im Anschluss an die medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräch mit dem jeweiligen Träger der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt.

Der Reha-Assistance-Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der Reha-Assistance-Dienstleister die schnellstmögliche Aufnahme einer qualifizierten Bildungs- oder Ausbildungsmaßnahme.

Ist die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit mittels Umorganisation, technischer Anpassung und arbeitsplatzorientierter Qualifizierungsmaßnahmen möglich, so begleitet der Reha-Assistance-Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen.

5.2.2.6 Pflegeberatung

Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation werden Kontakte zu ausgebildeten Pflegekräften, -diensten oder Pflegeheimen hergestellt.

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren, um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden.

Der Reha-Assistance-Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person.

Wir zahlen auf Antrag und bei Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 EUR. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht.

Der Service kann einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

5.2.4 Finanzielle Beihilfen

In der Unfallversicherung wird eine finanzielle Beihilfe bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro pro großem Reha-Fall bereitgestellt:

1. In der ambulant rehabilitativen Versorgung bis zu 5.000 Euro
2. In der stationären rehabilitativen Versorgung bis zu 10.000 Euro
3. Allgemeine finanzielle Beihilfen/ Reha-Fonds bis zu 5.000 Euro

5.2.4.1 Medizinische/ Zahnmedizinische Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen und Therapien bereitgestellt werden.

Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Reha-Assistance-Dienstleister zusätzliche medizinische Maßnahmen vorgeschlagen.

Diese können in der ambulanten oder stationären Rehabilitation sein:

- Krankengymnastik ohne Gerät
- Krankengymnastik am Gerät
- Manuelle Therapie
- Lymphdrainage
- Massage
- Kälte- o. Wärmebehandlungen
- Elektrotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

Kommt der jeweilige Kostenträger für eine zahnmedizinische Wiederherstellungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig auf, kann eine zusätzliche finanzielle Beihilfe beantragt werden. Dabei handelt es sich ausschließlich um Zahnersatzbehandlungen, die in Kausalität zum Unfall stehen (keine Kariesbehandlung)

5.2.4.2 Nutzungsbeihilfe für qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

Bringt die zeitlich begrenzte Nutzung qualitativ besserer Hilfsmittel im Rehabilitations- und Genesungsprozess eine Beschleunigung im Heilungsverlauf, kann nach Empfehlung an den Auftraggeber eine finanzielle Unterstützungshilfe gegeben werden, wenn der Kostenträger diese zusätzlichen Kosten nicht selbst trägt.

Dies können u.a. sein:

- Orthesen zur Unterstützung des Gangbildes
- Stütz- und Gehhilfen
- Einlagen

5.2.4.3 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer [Berufsgenossenschaft], Haftpflichtversicherer, Kraftfahrthaftpflichtversicherer, gesetzlicher Rentenversicherer) verpflichtet ist, die medizinischen/zahnmedizinischen Beihilfen und/oder die Nutzungsbeihilfe für qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zu übernehmen, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

Vorschussleistung

In teilweiser Abänderung der Ziffer 11.4 GUB 2010 gilt:

Bei schwerwiegenden Unfallverletzungen zahlen wir Ihnen vor Abschluss des Heilverfahrens einen sofortigen Vorschuss von mindestens **30 %** der Summe, die sich aus der zu erwartenden unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) errechnet.

Nr. 95

Besondere Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus

Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus“ gelten nur dann als Vertragsgrundlage, wenn Sie diese vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus“ ergänzen die Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010).

Der Versicherungsumfang

Organisation und Übernahme von Hilfeleistungen

Die nachfolgenden Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Die Kosten tragen wir.

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 der GUB 2010 erlitten und ist aufgrund des Unfalls hilfebedürftig. Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie für die Verrichtung des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch den Dienstleister vor Ort festgestellt. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthalts die Leistungen nicht beantragt werden.

Dauer der Leistungen

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate. Der Anspruch entsteht nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussbehandlung. Dies gilt nicht für die Organisation von Vermittlungsleistungen. Dieser Anspruch entsteht bereits mit Eintritt des Unfalls.

Umfang der Leistung

Je nach Umfang der Hilfsbedürftigkeit werden für die Zeit von bis zu 6 Monaten, bei der Rehaassistance bis zu 12 Monaten, folgende Leistungen durch einen Dienstleister erbracht:

- Erstgespräch
- Hausnotrufdienst
- Mahlzeitendienst
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflege der Wäsche und Kleidung
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden
- Fahrdienst zu Krankengymnastik oder zu Therapien
- Pflegeschulung für Angehörige
- Grundpflege
- Pflegeberatung
- 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten
- Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
- Tag- und Nachtwache
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
- Vermittlung des Umbaus der Wohnung
- Versorgung von Angehörigen der versicherten Person
- Reha-Assistance

Die einzelne Leistung wird nachfolgend beschrieben.

Erstgespräch

Der Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.

Hausnotrufdienst

Der versicherten Person wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.

Mahlzeitendienst

Die versicherte Person erhält nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment sieben Hauptmahlzeiten pro Woche. Die Menüs werden täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Wohnungsreinigung

Einmal in der Woche wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der Wohnung (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 3 Stunden betragen.

Besorgungen und Einkäufe

Einmal in der Woche werden bei Bedarf für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z.B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von genieß- und haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 2 Stunden betragen.

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung	Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 4 Stunden betragen.
Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.
Pflegeschulung für Angehörige	Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.
Grundpflege	Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. 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. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 2 Stunden täglich betragen.
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 zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt. Dies gilt für die Dauer von 4 Wochen.
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, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 3 Stunden betragen.
Vermittlung von Pflegehilfsmitteln	Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Tag- und Nachtwache	Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
Vermittlung einer Tierbetreuung	Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen	Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Vermittlung des Umbaus der Wohnung	Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Versorgung von Angehörigen der versicherten Person	Handelt es sich bei der hilfebedürftigen versicherten Person um die Person, die den Haushalt versorgt oder mitversorgt, so werden die nachfolgenden Leistungen bei Bedarf auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, der eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, Kinder [Als Kinder gelten die leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder]) erbracht: <ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeitendienst • Wohnungsreinigung • Besorgungen und Einkäufe • Waschen und Pflegen der Wäsche
Reha-Assistance	<p>Die Ziffer 2 GUB 2010 wird wie folgt erweitert:</p> <p>1. Der Anspruch der versicherten Person auf Reha-Assistance</p> <p>Die versicherte Person hat Anspruch auf Reha-Assistance, wenn Sie aufgrund eines bedingungs-gemäßen Unfalls gemäß Ziffer 1.3 GUB 2010 oder gemäß Ziffer 1.4 GUB 2010 voraussichtlich mindestens 14 Tage im Krankenhaus verweilen muss.</p> <p>Mit der Durchführung der Reha-Assistance beauftragen wir einen spezialisierten Reha-Assistance-Dienstleister. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistung tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und Reha-Assistance-Leistungen geltend machenden versicherten Person an den Dienstleister zu übermitteln.</p> <p>2. Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Damit der von uns beauftragte Reha-Assistance-Dienstleister tätig werden kann, ist es erforderlich, dass die versicherte Person ausdrücklich alle den Unfall und dessen gesundheitliche Folgen untersuchenden oder behandelnden</p>

- Angehörigen von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Reha-Assistance-Dienstleister entbindet.

Der beauftragte Reha-Assistance-Dienstleister wird im Rahmen des Ersthilfetelefonats die versicherte Person nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3. **Bedarfserhebung für die Reha-Assistance**

Hat die versicherte Person Anspruch auf Reha-Assistance, so beauftragen wir den Reha-Assistance-Dienstleister mit der Erhebung eines Reha-Assistance-Bedarfs.

Der Reha-Assistance-Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der versicherten Person, deren Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, volljährige Kinder, Eltern), den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben.

4. **Kleiner und großer Rehafall**

4.1 **Der kleine Rehafall**

Ein kleiner Rehafall liegt vor, wenn die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 2, höchstens aber 4 Wochen als arbeitsunfähig entlassen wird und der Hausarzt oder ein Facharzt die weitere Behandlung ambulant durchführt.

4.2 **Der große Rehafall**

Ein großer Rehafall liegt vor, wenn durch den Unfall voraussichtlich ein Invaliditätsgrad von mindestens 30 % nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bzw. 2.1.2.2.2 in Verbindung mit der Ziffer 2.1.2.2.3 und der Ziffer 5 GUB 2010 verbleibt. Eine eventuell vereinbarte **progressive Invaliditätsstaffel und/oder eine verbesserte Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin bleiben bei der Bemessung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.**

Ein großer Rehafall liegt ferner vor, wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
- Verletzungen der Wirbelsäule
- Polytrauma (Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenke).

5. **Die Reha-Assistanceleistungen**

5.1 **Die Reha-Assistanceleistungen bei einem kleinen Rehafall**

5.1.1 **Die Rehabetreuung**

Im Rahmen der Rehabetreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung) mit der versicherten Person oder einem Angehörigen bzw. einer bevollmächtigten Person und mit den behandelnden Ärzten.

Der telefonische Kontakt zu den behandelnden Ärzten erfolgt jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungssektor (Akutbehandlung im Krankenhaus – ambulante medizinische Weiterversorgung durch den Hausarzt oder einen Facharzt).

5.1.2 **Die Rehaberatung**

Den Angehörigen und der versicherten Person wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistungen zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der versicherten Person und der Angehörigen im Rehaprozess der versicherten Person, z.B. bei Amts- und Behördenvorgängen.

5.1.3 **Finanzielle Beihilfen**

Wir finanzieren einmalig zusätzliche im Rahmen der Betreuung als notwendig erkannte ambulante therapeutische Maßnahmen geringeren Umfangs.

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

Wir übernehmen hierbei die Kosten für bis zu 5 Behandlungen.

5.2 **Die Reha-Assistanceleistungen bei einem großen Rehafall**

5.2.1 **Die Rehabetreuung**

Der Reha-Assistance-Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufsbegleitung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungswechsel erfolgt. Diese aktive telefonische Verlaufsbegleitung beginnt mit der Entlassung aus der akutmedizinischen Versorgung eines Krankenhauses und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- ständige Kontrolle des Soll-Ist- Zustandes und Problemlösungsgespräche mit allen Beteiligten

- regelmäßige Situationsbesprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungskoordination unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatzsicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der arbeitsplatzspezifischen Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungsstätten)
- Berufliche Reintegrationshilfen (Arbeitsplatzakquise- und Bewerbungsunterstützung)

5.2.2 Die Rehaberaturg

5.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungsträger angeboten. Gleichzeitig wird über die Aspekte der sozialen, schulischen oder beruflichen Rehabilitation informiert. Aus der jeweiligen Situation heraus werden Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

Auf Wunsch können Kontakte zu qualifizierten ambulanten Versorgungseinrichtungen oder medizinischen Fachkräften vermittelt oder terminiert werden.

5.2.2.2 Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Die versicherte Person bzw. deren Angehörige werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung oder KFZ Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Reha-Assistance-Dienstleister begleitet.

5.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete Heil- und Hilfsmittel.

5.2.2.4 Rückführungsberatung und – begleitung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinderunfallversicherung

Unmittelbar im Anschluss an die medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den jeweiligen Kostenträgern, Bildungsverantwortlichen, pädiatrischen Fördereinrichtungen und den Eltern über die Rückführung in die Kindertagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz organisiert und aktiv begleitet.

Der Reha-Assistance-Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rückführungsplan zum nahtlosen Übergang aus der Rehabilitation. Sind neben dem Rückführungsplan zusätzliche Maßnahmen erforderlich so werden diese koordiniert und begleitet.

Ziel der Maßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Normalität des weiteren Bildungs- oder Ausbildungsweges.

5.2.2.5 Rückführungsberatung und -begleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfallversicherung für Erwachsene

Unmittelbar im Anschluss an die medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräch mit dem jeweiligen Träger der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt.

Der Reha-Assistance-Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der Reha-Assistance-Dienstleister die schnellstmögliche Aufnahme einer qualifizierten Bildungs- oder Ausbildungsmaßnahme.

Ist die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit mittels Umorganisation, technischer Anpassung und arbeitsplatzorientierter Qualifizierungsmaßnahmen möglich, so begleitet der Reha-Assistance-Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen.

5.2.2.6 Pflegeberatung

Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation werden Kontakte zu ausgebildeten Pflegekräften, -diensten oder Pflegeheimen hergestellt.

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren, um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden.

Der Reha-Assistance-Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person.

Wir zahlen auf Antrag und bei Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 EUR. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht.

Der Service kann einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

5.2.4 Finanzielle Beihilfen

In der Unfallversicherung wird eine finanzielle Beihilfe bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro pro großem Reha-Fall bereitgestellt:

1. In der ambulant rehabilitativen Versorgung bis zu 5.000 Euro
2. In der stationären rehabilitativen Versorgung bis zu 10.000 Euro
3. Allgemeine finanzielle Beihilfen/ Reha- Fonds bis zu 5.000 Euro

5.2.4.1 Medizinische/ Zahnmedizinische Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen und Therapien bereitgestellt werden.

Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Reha-Assistance-Dienstleister zusätzliche medizinische Maßnahmen vorgeschlagen.

Diese können in der ambulanten oder stationären Rehabilitation sein:

- Krankengymnastik ohne Gerät
- Krankengymnastik am Gerät
- Manuelle Therapie
- Lymphdrainage
- Massage
- Kälte- o. Wärmebehandlungen
- Elektrotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

Kommt der jeweilige Kostenträger für eine zahnmedizinische Wiederherstellungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig auf, kann eine zusätzliche finanzielle Beihilfe beantragt werden. Dabei handelt es sich ausschließlich um Zahnersatzbehandlungen, die in Kausalität zum Unfall stehen (keine Kariesbehandlung)

5.2.4.2 Nutzungsbeihilfe für qualitativ hochwertigere Hilfsmittel

Bringt die zeitlich begrenzte Nutzung qualitativ besserer Hilfsmittel im Rehabilitations- und Genesungsprozess eine Beschleunigung im Heilungsverlauf, kann nach Empfehlung an den Auftraggeber eine finanzielle Unterstützungshilfe gegeben werden, wenn der Kostenträger diese zusätzlichen Kosten nicht selbst trägt.

Dies können u.a. sein:

- Orthesen zur Unterstützung des Gangbildes
- Stütz- und Gehhilfen
- Einlagen

5.2.4.3 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer [Berufsgenossenschaft], Haftpflichtversicherer, Kraftfahrthaftpflichtversicherer, gesetzlicher Rentenversicherer) verpflichtet ist, die medizinischen/zahnmedizinischen Beihilfen und/oder die Nutzungsbeihilfe für qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zu übernehmen, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

Datenübermittlung an einen Dienstleister

Die Leistungen des Bausteins CuraPlus werden für die Gothaer Allgemeine Versicherung AG von einem Dienstleister erbracht. Damit dieser im Rahmen der versprochenen Leistungen tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und die Leistungen des Bausteins CuraPlus geltend machenden versicherten Person an den Dienstleister zu übermitteln.

Schmerzensgeld bei Oberschenkelhalsbruch nach einem Unfall

Die versicherte Person hat durch einen unter den Vertrag fallenden Unfall i.S.d. der Ziffer 1.3 GUB 2010 einen Oberschenkelhalsbruch erlitten.

Die versicherte Person erhält ein Schmerzensgeld in Höhe von 500 Euro.

Das Vorliegen einer Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Versicherungssumme für das Schmerzensgeld nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Nr. 96

Besondere Bedingungen für die lebenslange Invaliditätsrente

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte lebenslange Rente. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel ergebende Invaliditätsgrad muss insoweit unberücksichtigt bleiben. Ebenso muss insoweit unberücksichtigt bleiben ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ ergebender Invaliditätsgrad. Die garantierte Höhe der monatlich zu zahlenden Rente geht aus dem Antrag und dem Versicherungsschein hervor. Sie erhöht sich ab dem Versicherungsbeginn jährlich um 1% bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Sie wird rückwirkend ab Beginn des Monats, der dem Unfallereignis folgt, gezahlt. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende des Monats
 - in dem eine Neufestsetzung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 11.5 GUB 2010 ergibt, dass der Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
 - in dem der Versicherte stirbt.

2. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit an die Erben oder an die ihm als Bezugsberechtigte benannte Person. Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Rentenleistungspflicht des Versicherers.
3. Rentenleistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
4. Diese Leistungsart bleibt von der Zuwachsplanvereinbarung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) ausgeschlossen.
5. Sind die Voraussetzungen von Ziffer 1 Satz 1 für die Zahlung der lebenslangen Invaliditätsrente erfüllt, so wird diese Leistungsart aus dem Vertrag genommen. Der Anteil des für diese Leistungsart gezahlten Beitrages, der auf den Zeitraum entfällt, welcher auf die Herausnahme folgt, wird erstattet.

Nr. 97

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsrente bis 65

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel ergebende Invaliditätsgrad muss insoweit unberücksichtigt bleiben. Ebenso muss insoweit unberücksichtigt bleiben ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ ergebender Invaliditätsgrad.

Die garantierte Höhe der monatlich zu zahlenden Rente geht aus dem Antrag und dem Versicherungsschein hervor. Sie erhöht sich ab dem Versicherungsbeginn jährlich um 1% bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Sie wird rückwirkend ab Beginn des Monats, der dem Unfallereignis folgt, gezahlt. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende des Monats

- in dem eine Neufestsetzung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 11.5 GUB 2010 ergibt, dass der Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
 - in dem der Versicherte stirbt.
2. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit an die Erben oder an die ihm als Bezugsberechtigte benannte Person. Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Rentenleistungspflicht des Versicherers.
 3. Rentenleistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
 4. Diese Leistungsart bleibt von der Zuwachsplanvereinbarung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) ausgeschlossen.
 5. Sind die Voraussetzungen von Ziffer 1 Satz 1 für die Zahlung der Invaliditätsrente bis 65 erfüllt, so wird diese Leistungsart aus dem Vertrag genommen. Der Anteil des für diese Leistungsart gezahlten Beitrages, der auf den Zeitraum entfällt, welcher auf die Herausnahme folgt, wird erstattet.
 6. Grundsätzlich gelten auch für die Gothaer Invaliditätsrente bis 65 die Bestimmungen der Ziffer 12 GUB 2010. Der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet aber spätestens und ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

Zu diesem Zeitpunkt wird eine Invaliditätsversicherungssumme im Sinne der Ziffer 2.1 GUB 2010 aus dem Jahresbeitrag, der für die Invaliditätsrente bis 65 gezahlt worden ist, ohne Ratenzahlungszuschlag und Versicherungssteuer errechnet. Die sich ergebende Summe wird dann Vertragsbestandteil. Grundlage der Berechnung ist der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif der Gothaer Allgemeine Versicherung AG für die Einzel-Unfallversicherung.

Sollte zu diesem Zeitpunkt für die versicherte Person im Vertrag bereits eine Invaliditätsversicherungssumme gemäß Ziffer 2.1 GUB 2010 vereinbart sein, so wird diese Invaliditätsversicherungssumme um die Invaliditätsversicherungssumme erhöht, die sich aus dem Jahresbeitrag, der für die Invaliditätsrente bis 65 gezahlt worden ist, ohne Ratenzuschlag und Versicherungssteuer errechnet (Erhöhungssumme).

Nimmt die bereits vor diesem Zeitpunkt im Vertrag vereinbarte Invaliditätsversicherungssumme gemäß Ziffer 2.1 GUB 2010 an einer Zuwachsplanvereinbarung im Sinne der „**Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Nr. 51)**“ oder im Sinne der „**Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Nr. 55)**“ teil, so gilt diese Zuwachsplanvereinbarung auch für die Erhöhungssumme.

Nr. 98

Besondere Bedingungen für die Integralfranchise zur Senioren-Unfallversicherung

Führt ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) nach der Ziffer 2.1 GUB 2010 unter Berücksichtigung der Ziffer 5 GUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 26 %, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 26 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

Information zu Ihren Extra-Services

Als Kunde der Gothaer profitieren Sie von zahlreichen Informations- und Soforthilfeleistungen rund um die Themen Auto, Reise sowie Haus und Wohnung. Das Gothaer Service-Telefon 0800 4464000 steht Ihnen hierfür an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr zur Verfügung.

Die im Folgenden aufgeführten Extra-Services für unterwegs und für Ihr Zuhause sind kostenfrei für Sie.

Extra-Services für unterwegs

Unterwegs und auf Reisen kann viel passieren. Und das nicht nur mit dem Auto. So individuell, wie es Ihre Situation erfordert, versuchen wir auch, Ihnen zu helfen - schnell und zuverlässig. Hier einige Beispiele:

Services bei Fahrzeug-Ausfall

Damit Sie weiter kommen, wenn Sie einmal liegen bleiben – wir helfen Ihnen:

- Vermitteln von Pannenhilfs-, Abschlepp- und Bergungsdiensten
- Nennen von KFZ-Werkstätten
- Organisieren des KFZ-Rücktransports (inkl. Pick-up-Service)

Traveller-Services

Damit Sie Ihre schönsten Wochen im Jahr sicher genießen können – wir helfen Ihnen:

- Telefonische Dolmetscherdienste
- Telefonische Reiseberatung (Impf-, Gesundheits-, Devisen- und Aufenthaltsbestimmungen)
- Nennen und Vermitteln von Hotelunterkünften, Mietwagenstationen, Dolmetschern und Rechtsanwälten im In- und Ausland
- Organisieren einer (vorzeitigen Heim- bzw. verspäteten An-)Reise
- Nennen und Einschalten von Botschaften und Konsulaten bei Notfällen im Ausland
- Hilfe bei der Ersatzbeschaffung von Pässen, Führerschein etc. und bei der Kreditkartensperrung

Gesundheits-Services

Damit Sie gut versorgt sind – wir helfen Ihnen:

- Nennen von qualifizierten Ärzten und Krankenhäusern im In- und Ausland, Rehakliniken etc.
- Gespräche vermitteln zwischen behandelndem Arzt und Hausarzt
- Besorgen und Versenden von lebenswichtigen Medikamenten, Brillen und medizinischen Hilfsmitteln
- Organisieren von Überführungen und Bestattungen, inkl. Abwickeln aller Formalitäten im Ausland

Die Kosten für die vermittelten Leistungen wie z. B. Medikamente oder Bahnfahrkarten werden nicht übernommen.

Extra-Services für Ihr Zuhause

Sie haben sich ausgesperrt? Oder brauchen Sie einfach für eine Renovierung einen Handwerker? Es gibt viele Situationen, bei denen wir Sie unterstützen können – schnell und qualifiziert.

Handwerker-Services

Wir vermitteln Ihnen:

- Dachdecker
- Elektro-, Gas- und Wasserinstallateur
- Gebäudereiniger
- Glaser
- Maler
- Maurer
- Rundfunk- und Fernsehtechniker
- Raumausstatter
- Tischler

Dienstleister-Services

Wir vermitteln Ihnen:

- Brand- und Wasserreinigung
- Experten für Alarmanlagen und Stahlschränke
- Haushüter
- Hotel
- Reinigung/Reparatur von Orientteppichen, Gemälden und Antiquitäten
- Sachverständige
- Schlüsseldienst
- Spedition und Möbelpacker
- Wach- und Sicherheitsdienst

Die Kosten für die jeweiligen Handwerker und Dienstleister werden übernommen, wenn ein Anspruch auf Leistungen im Schadenfall besteht.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wurde durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerrufs oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen wie in der Vorbemerkung beschrieben erfolgen.

Schweigepflicht-entbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie beispielsweise bei einem Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und Datennutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie z.B. Versicherungsnummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir entsprechend der Vertragsart Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer achten wir wie alle Versicherer stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen ebenfalls entsprechende Daten übergeben werden.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§ 59 VVG Doppelversicherungen, § 67 VVG gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie z.B. Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme bzw. werden zentrale Datensammlungen geführt.

Solche Hinweissysteme gibt es z.B. beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer/Krankenversicherer:

Aufnahme von Sonderisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers, Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

Sachversicherer:

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäck-Versicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Unternehmensgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Kranken-, Lebens- und Sachversicherung) durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben.

Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Im Rahmen der dem Bundesaufsichtsamt für das Finanzwesen vorgelegten oder von ihm genehmigten Funktionsausgliederungen kann diese zentrale Datensammlung auch durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte erfolgen.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung des jeweiligen Unternehmens.

Unserem Konzern gehören derzeit folgende Unternehmen an:

- Gothaer Versicherungsbank VVaG, Köln
- Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Köln
- Gothaer Lebensversicherung AG, Köln
- Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- Gothaer Asset Management AG, Köln
- Asstel Lebensversicherung AG, Köln
- Asstel Sachversicherung AG, Köln
- CG Car Garantie Versicherungs-AG, Freiburg
- GSC – Gothaer Schaden-Service-Center GmbH, Berlin
- GKC – Gothaer Kunden-Service-Center GmbH, Köln

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden im Bereich Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen, wobei die Zusammenarbeit in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden besteht. Zur Zeit kooperieren wir mit:

- Aachener Bausparkasse AG, Aachen
- Landesbank Berlin AG, Berlin
- ROLAND-Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Köln

Spezieller Hinweis zur Gothaer Unfallversicherung

Sollte Ihre Unfallversicherung die „PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop“ oder den „Baustein CuraPlus“ beinhalten, so haben Sie bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf Rehaassistance. Die Leistungen der Rehaassistance werden nicht von uns, der Gothaer Allgemeine Versicherung AG, sondern von der

- REHAaktiv Darr GmbH, Jena

erbracht.

Damit die REHAaktiv Darr GmbH die versprochenen Leistungen erbringen kann, ist es im Leistungsfall erforderlich, Ihre Adressdaten und Daten Ihres Unfalls an sie weiterzugeben.

Sollte Ihre Unfallversicherung den „Baustein CuraPlus“ beinhalten, so haben Sie bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf die Erbringung von Hilfs- und Pflegeleistungen. Diese Hilfs- und Pflegeleistungen werden nicht von uns sondern von der

- Malteser Hilfsdienst gGmbH, Köln

erbracht.

Damit die Malteser Hilfsdienst gGmbH die versprochenen Leistungen erbringen kann, ist es im Leistungsfall erforderlich, Ihre Adressdaten und Daten Ihres Unfalls an sie weiterzugeben.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner) werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften (sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.).

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Das sind beispielsweise Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere Finanzdienstleistungen wie z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). In der Personenversicherung können ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung unserer Kunden. Wir informieren unsere Vermittler über Änderungen von kundenrelevanten Daten. Jeder Vermittler ist vertraglich und gesetzlich dazu verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besondere Schweigepflicht (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Wir teilen Ihnen den Vermittler, der für Ihre Betreuung zuständig ist, mit. Wenn seine Tätigkeit für uns endet, regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte oder Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an uns.

**Gothaer
Allgemeine Versicherung AG
Hauptverwaltung
Gothaer Allee 1
50969 Köln**

**Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de**