



Besondere und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007)

Grundlage für unseren Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2006) und, soweit zwischen uns vereinbart, die Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007).

1. Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel
 - 1.1. Mehrleistung bis 225 % der Grundversicherungssumme
 - 1.2. Mehrleistung bis 300 % der Grundversicherungssumme
 - 1.3. Mehrleistung bis 350 % der Grundversicherungssumme
 - 1.4. Mehrleistung bis 400 % der Grundversicherungssumme
 - 1.5. Mehrleistung bis 500 % der Grundversicherungssumme
 - 1.6. Mehrleistung bis 600 % der Grundversicherungssumme
2. Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 %
 - 2.1. Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 % inkl. Dynamisierung
3. Bedingungen für weitere Leistungsarten
 - 3.1. Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung
 - 3.2. Kosmetische Operationen und Zahnersatz
 - 3.3. Kurkostenbeihilfe
 - 3.4. Bedingungen für physiotherapeutische Maßnahmen
 - 3.5. Bergungs- und Transportkosten
 - 3.6. Bedingungen für Komageld
 - 3.7. Medizinische Hilfsmittel
4. Bedingungen für Gruppen
 - 4.1. Versicherungen ohne Namensangaben
 - 4.2. Versicherungen mit Namensangaben
 - 4.3. Dauer und Ende des Vertrages
5. Wohnsitz in Österreich oder der Schweiz
6. Bedingungen für Erweiterungen der AUB 2006
 - 6.1. Unfallereignis
 - 6.2. Invaliditätsleistung
 - 6.3. Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld
 - 6.4. Todesfalleistung
 - 6.5. Mitwirkung
 - 6.6. Abweichungen von Ausschlüssen
 - 6.7. Leistungsfall
7. Bedingungen für Infektionen und Impfungen
8. Bedingungen für behindertengerechte Erleichterungen
9. Bedingungen für die Prämienbefreiung
 - 9.1. Arbeitslosigkeit
 - 9.2. Arbeitsunfähigkeit
 - 9.3. Tod und Invalidität
10. Bedingungen für Frauen
 - 10.1. Brust- und Gebärmutterverlust
 - 10.2. Kosmetische Operationen und weitere Behandlungen
11. Bedingungen für Kinder
 - 11.1. Rooming-in
 - 11.2. Haushaltshilfe oder Tagesmutter
 - 11.3. Nachhilfe
 - 11.4. Neugeborene oder Adoption
12. Einschränkungen des Versicherungsschutzes
 - 12.1. Leistungsreduzierung bei Berufs- und Sportunfällen
 - 12.2. Welche Berufsunfälle fallen nicht unter den Versicherungsschutz
13. Bedingungen zum Schluss
 - 13.1. Maklerklausel
 - 13.2. Bedingungsanpassungsklausel

1. Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit Festlegung der gewünschten Mehrleistung zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

1.1.1. Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.

1.1. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 225 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.1.2. Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

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

1.2. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 300 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.2.1. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

1.2.2. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	260
31	43	46	88	61	144	76	204	91	264
32	46	47	91	62	148	77	208	92	268
33	49	48	94	63	152	78	212	93	272
34	52	49	97	64	156	79	216	94	276
35	55	50	100	65	160	80	220	95	280
36	58	51	104	66	164	81	224	96	284
37	61	52	108	67	168	82	228	97	288
38	64	53	112	68	172	83	232	98	292
39	67	54	116	69	176	84	236	99	296
40	70	55	120	70	180	85	240	100	300

1.3. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 350 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.3.1. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

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

1.3.2. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

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

1.4. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 400% der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.4.1. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

1.4.2. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

1.4.3. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 75% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	130	71	205	86	302
27	31	42	76	57	135	72	210	87	309
28	34	43	79	58	140	73	215	88	316
29	37	44	82	59	145	74	220	89	323
30	40	45	85	60	150	75	225	90	330
31	43	46	88	61	155	76	232	91	337
32	46	47	91	62	160	77	239	92	344
33	49	48	94	63	165	78	246	93	351
34	52	49	97	64	170	79	253	94	358
35	55	50	100	65	175	80	260	95	365
36	58	51	105	66	180	81	267	96	372
37	61	52	110	67	185	82	274	97	379
38	64	53	115	68	190	83	281	98	386
39	67	54	120	69	195	84	288	99	393
40	70	55	125	70	200	85	295	100	400

1.5. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 500% der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.5.1. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

1.5.2. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.

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

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

1.6. Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 600 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.6.2. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 4 % aus der Versicherungssumme.

1.6.3. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 6 % aus der Versicherungssumme.

1.6.1. für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

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

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	142	71	247	86	418
27	31	42	76	57	149	72	254	87	431
28	34	43	79	58	156	73	261	88	444
29	37	44	82	59	163	74	268	89	457
30	40	45	85	60	170	75	275	90	470
31	43	46	88	61	177	76	288	91	483
32	46	47	91	62	184	77	301	92	496
33	49	48	94	63	191	78	314	93	509
34	52	49	97	64	198	79	327	94	522
35	55	50	100	65	205	80	340	95	535
36	58	51	107	66	212	81	353	96	548
37	61	52	114	67	219	82	366	97	561
38	64	53	121	68	226	83	379	98	574
39	67	54	128	69	233	84	392	99	587
40	70	55	135	70	240	85	405	100	600

2. Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 %

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir ab einem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % die vereinbarte monatliche Rente unabhängig vom Lebensalter.

Die Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Sie wird am Ersten eines Monats im Voraus gezahlt.

Ziffer 6.2.3. (Gliedertaxe) und 6.5. (Mitwirkung) der Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) gelten hier entsprechend.

2.1. Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 % inkl. Dynamisierung

Nach den Ziffern 2.1. und 3. AUB 2006 leisten wir ab einem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % die vereinbarte monatliche Rente unabhängig vom Lebensalter.

Die Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Sie wird am Ersten eines Monats im Voraus gezahlt.

Die Rentenzahlung wird jährlich, jeweils zur Hauptfälligkeit des Vertrages, um 3 Prozent erhöht.

Ziffer 6.2.3. (Gliedertaxe) und 6.5. (Mitwirkung) der Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) gelten hier entsprechend.

3. Bedingungen für weitere Leistungsarten

In Ergänzung von Ziffer 2. AUB 2006 können weitere Leistungsarten gemäß Ziffern 3.2. bis 3.7. max2007 gegen eine zusätzliche Prämie vereinbart werden. Die Ergänzungsvereinbarungen und die dafür vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

3.1. Bedingungen für erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

3.1.1. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.1.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Die versicherte Person hat durch einen unter den Vertrag fallenden Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:
 - Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks

- Amputation mind. eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand

- unfallbedingte Hirnblutungen

- Schwere Mehrfachverletzungen: Kombination aus mind. 2 der folgenden Verletzungen:

- Armbruch,

- Beinbruch,

- Fraktur Becken oder

- Fraktur Wirbelsäule

Hierzu zählen auch die Fraktur beider Arme oder beider Beine.

- Verbrennungen 2. und/oder 3. Grades von mehr als 20% der Körperoberfläche

- Erblindung auf beiden Augen.

b) Ein ärztliches Attest über die Feststellung der Verletzung mit Angabe der Diagnose hat uns vorgelegen.

c) Der Anspruch entsteht mit Entlassung aus der stationären Akutbehandlung, spätestens aber 3 Monate nach dem Unfalltag.

d) Der Anspruch erlischt, wenn

- er nicht innerhalb von 18 Monaten ab dem Unfalltag angemeldet wurde oder

- die versicherte Person verstirbt bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

3.1.1.2. Art und Höhe der Leistung

a) Die „vorgezogene Übergangsleistung“ bei schwerer Beeinträchtigung wird in Höhe eines Viertels der vereinbarten Versicherungssumme für Sofortleistung bei Schwerverletzungen und erweiterter Übergangsleistung gezahlt.

b) Die Sofortleistung wird einmal je Unfall erbracht.

3.1.2. Vorgezogene Übergangsleistung bei schwerer Beeinträchtigung

3.1.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 % beeinträchtigt.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden und wird spätestens sieben Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht.

3.1.2.2. Art und Höhe der Leistung

Die „vorgezogene Übergangsleistung“ bei schwerer Beeinträchtigung wird in Höhe eines Viertels der vereinbarten Versicherungssumme für Sofortleistung bei Schwerverletzungen und erweiterter Übergangsleistung gezahlt.

3.1.3. Übergangsleistung

3.1.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

zu 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden und wird spätestens sieben Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht.

3.1.3.2. Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Die Zahlung mindert sich um die Leistungen nach den Ziffern 3.1.1. und 3.1.2. max2007.

3.2. Bedingungen für Kosmetische Operationen und Zahnersatz

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren.

3.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person erfordern eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlung oder den Ersatz von Zähnen oder den Ersatz von Zahnersatz.

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person erfolgen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet.

Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operation und die klinische Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006.

3.2.2. Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für Arzthonorare nach Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) maximal bis zum 3,5-fachen Satz, die kosmetische Operation, die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik zahlen wir soweit medizinisch notwendig bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz bei Verlust oder Beschädigung der Zähne oder des Zahnersatzes zahlen wir bis zur Höhe von 20% der vereinbarten Versicherungssumme.

Wir zahlen die Leistung, nachdem die Operation, die klinische Behandlung oder die Zahnbehandlung durchgeführt worden ist. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung für kosmetische Operationen und Zahnersatz in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.3. Bedingungen für Kurkostenbeihilfe

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren.

3.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person und die Verletzungsfolgen erfordern eine Kur von mindestens drei Wochen, deren medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Ambulante oder teilstationäre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen sind eingeschlossen. Die Kur, die ambulante oder teilstationäre Kur oder die Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person erfolgt innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet.

Unfallbedingte medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006.

3.3.2. Art und Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird maximal bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Wir zahlen die Leistung bis zur Höhe der nachgewiesenen entstandenen Kosten der Kur, der ambulanten oder teilstationären Kur oder der Rehabilitationsmaßnahme.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kurkostenbeihilfe in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.4. Bedingungen für physiotherapeutische Maßnahmen

Kosten für Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie oder sportmedizinische Maßnahmen in einer entsprechenden Einrichtung gelten als mitversichert.

3.4.1. Art und Höhe der Leistung

Für physiotherapeutische Maßnahmen werden bis zu maximal 500 Euro erstattet.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kurkostenbeihilfe in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.4.2. Voraussetzungen für die Leistung

Die Maßnahmen werden innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall durchgeführt. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, die Folgen des bedingungsgemäßen Unfalles zu bessern oder zu lindern. Dies ist uns durch ein ärztliches Attest entsprechend zu belegen.

3.5. Bedingungen für Bergungs- und Transportkosten

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

3.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und hierdurch werden notwendig:

- 3.5.1.1. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von Rettungsdiensten, die hierfür üblicherweise Gebühren berechnen oder Entgelte verlangen.
- 3.5.1.2. Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- 3.5.1.3. Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- 3.5.1.4. Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit ärztlich angeordnet oder der Verletzungsart nach unvermeidbar.
- 3.5.1.5. Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz oder einem dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenen Krankenhaus, soweit ein Krankenhausaufenthalt von voraussichtlich 7 Tagen oder mehr ärztlich angeordnet ist.
- 3.5.1.6. Erforderliche Hotelunterbringung des Verletzten nach dem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt über den ursprünglich geplanten Rückreisetermin hinaus.
- 3.5.1.7. Mehraufwand für den Besuch einer nahestehenden Person, wenn die versicherte Person auf ärztliche Anordnung im Krankenhaus stationär behandelt oder weil erforderlich im Hotel untergebracht wird.
- 3.5.1.8. Erforderliche Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen der versicherten Person, wenn über den geplanten Rückreisetermin hinaus die versicherte Person aufgrund medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalte und nachfolgend erforderlicher Hotelunterbringung diese Personen nicht betreuen kann.
- 3.5.1.9. Mehraufwand für den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, die aufgrund des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes und nachfolgend erforderlicher Hotelunterbringung entstehen.
- 3.5.1.10. Transportkosten für notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zur Behandlung von Unfallfolgen
- 3.5.1.11. Zusätzlich entstehende Kosten für die Heimfahrt oder Unterbringung mitreisender Kinder und des mitreisenden Partners der versicherten Person bei Unfällen im Ausland.

3.5.1.12. Überführungskosten zum letzten ständigen inländischen Wohnsitz im Todesfalle oder wahlweise bei Unfällen im Ausland die dort entstehenden Bestattungskosten.

Die versicherte Person hat keinen Unfall erlitten, jedoch drohte ein solcher unmittelbar oder war nach den konkreten Umständen zu vermuten, so sind Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von Rettungsdiensten, die hierfür üblicherweise Gebühren berechnen oder Entgelte verlangen, als notwendig zu ersetzen.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006.

3.5.2. Art und Höhe der Leistung

Die Bergungskosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Bergungs- und Transportkosten in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.6. Bedingungen für Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, so werden für die Zeit dieses Zustandes wöchentlich 200 Euro bis zu 104 Wochen gezahlt.

3.7. Medizinische Hilfsmittel

Werden die Hilfsmittel Arm- und/oder Beinprothese, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl unfallbedingt als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu einer Summe von 3.000 Euro für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

3.7.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Hilfsmittel werden innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall angeschafft. Der Bedarf muss aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalles entstehen.

Die Notwendigkeit der Hilfsmittel muss für mindestens 6 Monate dauerhaft bestehen.

Dies sowie die spezielle Ausgestaltung der Hilfsmittel ist uns durch ein ärztliches Attest entsprechend zu belegen.

3.7.2. Art und Höhe der Leistung

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für medizinische Hilfsmittel in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

4. Bedingungen für Gruppen

4.1. Versicherungen ohne Namensangaben

4.1.1. Damit bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann, ist dieser entsprechend genau im Vertrag zu bezeichnen. Der Versicherungsnehmer hat geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und uns Einsicht in diese Aufzeichnungen zu gestatten.

4.1.2. Am Schluss eines jeden Versicherungsjahres wird der Versicherungsnehmer aufgefordert, die Zahl der in diesem Jahr versichert gewesenen Personen anzugeben. Das Jahr ist in Monate zu gliedern und der höchste Stand der versicherten Personen je Monat ist aufzuführen. Die Prämie berechnet sich nach der Zahl der im Versicherungsjahr versichert gewesenen Personen.

Wurde für die laufende Versicherungsperiode eine zu niedrige Prämie gezahlt, so ist die Differenz zur neu berechneten Jahresprämie nachzuzahlen. Wurde eine zu hohe Prämie gezahlt, erfolgt eine Gutschrift.

4.1.3 Wir können die Prämie nach der zuletzt angegebenen Höchstzahl von versicherten Personen berechnen, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung keine Angaben zu den in der vorangegangenen Versicherungsperiode versicherten Personen macht. Der Versicherungsnehmer kann im Laufe des neuen Versicherungsjahres die richtige Personenzahl angeben. Die Prämie wird dann neu berechnet. Wurde eine zu niedrige Prämie gezahlt, so ist die Differenz zur Neuberechneten Jahresprämie nachzuzahlen. Wurde eine zu hohe Prämie gezahlt, erfolgt eine Gutschrift.

4.2. Versicherungen mit Namensangaben

4.2.1. Die versicherten Personen sind zu benennen. Versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden, sind beim Versicherer abzumelden. Versicherte Personen, die an die Stelle der ausscheidenden versicherten Person treten, sind anzumelden. Von der Absendung der Meldung an sind diese dann versichert. Weitere neu zu versichernde Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn sie den gleichen Beruf oder die gleiche Beschäftigung ausüben wie die bereits versicherten Personen. Von dem Zugang der Meldung beim Versicherer an sind diese versichert.

4.2.2. Die sich aus Ziffer 4.2.1. max2007 ergebende Prämienzahlung oder -erstattung berechnet sich nach den dem Vertrag zugrunde gelegten Prämienätzen.

4.2.3. Neu zu versichernde Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung sind erst nach Vereinbarung der Versicherungssumme und der Prämie versichert. Wir können die Versicherung des Einzelnen ohne Begründung ablehnen.

4.3. Dauer und Ende des Vertrages

Die Ziffer 10.3. AUB 2006 wird ergänzt.

4.3.1. Der Vertrag endet zu dem Zeitpunkt, zu welchem der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst ist.

4.3.2. Der Versicherungsschutz der versicherten Person endet, wenn

- sie aus dem Dienstverhältnis mit Ihnen oder aus Ihrer Vereinigung ausscheidet,
- sie eine neue Beschäftigung im Sinne der Ziffer 4.2.3. max2007 aufnimmt.

Ferner endet der Versicherungsschutz der versicherten Person, wenn bei ihr eine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1. AUB 2006 erstmalig festgestellt ist und wir innerhalb eines Monats von der erstmaligen Feststellung an gerechnet per Einschreiben darauf hinweisen, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang des Einschreibens erlischt. Unterbleibt unser Hinweis innerhalb des Monats, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

5. Wohnsitze in Österreich oder der Schweiz

Hat der Versicherungsnehmer seinen ständigen Wohnsitz in Österreich oder der Schweiz, gilt abweichend von Ziffer 18. AUB 2006 für diesen Vertrag das jeweilige Landesrecht.

6. Bedingungen für Erweiterungen der AUB 2006

6.1. Erweiterungen des Versicherungsschutzes

6.1.1. Rettung von Menschenleben und Sachen

Die versicherte Person erleidet bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen eine Gesundheitsschädigung.

Abweichend von Ziffer 1.3. AUB 2006 gilt diese durch äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person entstehende Gesundheitsschädigung in jedem Fall als unfreiwillig und ist versichert.

6.1.2. Tauchtypische Gesundheitsschäden

Die versicherte Person erleidet beim Tauchen hierfür typische Gesundheitsschäden, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis eingetreten ist.

Abweichend von Ziffer 1.3. AUB 2006 ist dies versichert. Die Kosten für eine Dekompressionskammer sind unter Ziffer 3.5.1.2. max2007 als Bergungskosten versichert.

6.1.3. Unfälle im Wasser

Das Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren der versicherten Person im Wasser ist ein Unfall gemäß Ziffer 1.3. AUB 2006.

6.1.4. Ersticken und Erfrieren

Das Ersticken oder Erfrieren der versicherten Person ist ein Unfall gemäß Ziffer 1.3. AUB 2006.

6.1.5. Verhungern und Verdursten

Das Verhungern oder Verdursten infolge von unfreiwillig mangelnder Zuführung von Flüssigkeit oder Nahrungsmitteln sind Unfälle gemäß Ziffer 1.3. AUB 2006.

Das gilt nicht, wenn das Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.

6.1.6. Erhöhte Kraftanstrengungen

Durch eine erhöhte Kraftanstrengung erleidet die versicherte Person Schäden an Gliedmaßen und Wirbelsäule oder Bauch- und Unterleibsbrüche.

Abweichend von Ziffer 1.4. AUB 2006 sind diese versichert.

Schäden an Bandscheiben bleiben gemäß Ziffer 5.2.1. AUB 2006 ausgeschlossen.

Als Unfall gelten auch durch **Eigenbewegungen** verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben und dem Meniskus.

6.2. Invalidität

6.2.1. Frist zum Eintritt der Invalidität

Die Invalidität ist abweichend von Ziffer 2.1.1.1. AUB 2006 innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und innerhalb der Frist zur Feststellung der Invalidität bei uns geltend zu machen.

6.2.2. Frist zur Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist abweichend von Ziffer 2.1.1.1. AUB 2006 innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

6.2.3. Gliedertaxe

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1. AUB 2006 folgende Invaliditätsgrade:

Arm	80%
Hand	75%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	15%
für Daumen und sämtliche Finger einer Hand höchstens	70%
Bein	80%
Bein bis unterhalb des Knies	75%
Fuß	70%
große Zehe	20%
andere Zehe	10%
Auge	70%
Gehör auf einem Ohr	50%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%
Niere	20%
Beide Nieren	100%
Milz	10%

6.2.4. Verlust der Sehkraft oder des Gehörs

Die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person ist vor dem Unfall vollständig verloren.

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1. AUB 2006 und Ziffer 6.2.3. max2007 gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %.

Ist das Gehör auf einem Ohr vor dem Unfall schon vollständig verloren, gilt abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1. AUB 2006 und Ziffer 6.2.3. max2007 für den Verlust des Gehörs auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 100 %.

Wenn vor dem Verlust der Sehkraft auf beiden Augen oder vor dem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren, beide Sinne vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt waren, bleibt es bei den Leistungen aus Ziffer 6.2.3. max2007.

Die Leistung wird dann nicht um einen Mitwirkungsanteil gemäß Ziffer 3. AUB 2006 und Ziffer 6.5. max2007 aufgrund der teilweisen Beeinträchtigung gemindert.

6.2.5. Voller Schutz bis 75 Jahre

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1. AUB 2006 zahlen wir die Invaliditätsleistung als Kapitalbetrag bis die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Mit der Vollendung des 75. Lebensjahrs erlischt der Versicherungsschutz und gleichzeitig endet die Versicherung.

Die entrichtete Prämie für die hiervon betroffenen Personen ist ab diesem Zeitpunkt zurückzuzahlen. Die Weiterversicherung über das 75. Lebensjahr können Sie mit uns besonders vereinbaren.

6.3. Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld

6.3.1. Krankenhaus-Tagegeld im Rehabilitations-Institut

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung in einem Rehabilitations-Institut, weil in der Region keine andere Einrichtung die vollstationäre Behandlung anbietet oder in dieser aufgrund der unfallbedingten Verletzungen keine Verlegung möglich ist, sind abweichend von Ziffer 2.4.1. AUB 2006 die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt.

6.3.2. Erweiterung des Krankenhaus-Tagegeldes um Reha-Geld

6.3.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Im Anschluss an einen unfallbedingten, stationären Krankenhausaufenthalt wird eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme) oder eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) durchgeführt. Leisten wir für eine stationäre Behandlung Krankenhaus-Tagegeld, besteht für die gleiche Behandlung kein Anspruch auf das Reha-Geld oder auf Kurkostenbeihilfe.

6.3.2.2. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen je Anwendungstag 50 % des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes (Reha-Geld).

Das Reha-Geld zahlen wir für längstens 30 Anwendungstage.

Wir zahlen nur für Reha-Maßnahmen und EAP, die innerhalb von 2 Jahren nach Eintritt des Unfalles durchgeführt werden.

6.3.3. Krankenhaus-Tagegeld bis zu 1.000 Tagen

Abweichend von Ziffer 2.4.2. AUB 2006 wird Krankenhaus-Tagegeld längstens für 1.000 Tage innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

Über die vereinbarten Fristen hinaus zahlen wir Krankenhaus-Tagegeld, wenn der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials notwendig ist.

6.3.4. Krankenhaus-Tagegeld bei ambulanter Operation

Die versicherte Person wird unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert.

Abweichend von den Ziffern 2.4.1. und 2.5.1. AUB 2006 wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld dann für drei Tage auch bei ambulanten Operationen gezahlt.

6.3.5. Genesungsgeld bis zu 200 Tagen

Abweichend von Ziffer 2.5.2. AUB 2006 wird das Genesungsgeld längstens für 200 Tage innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

Über die vereinbarten Fristen hinaus zahlen wir Genesungsgeld, wenn der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials notwendig ist.

6.4. Todesfalleleistungen

6.4.1. Ist die versicherte Person aufgrund eines Unfalles infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen gestorben, leisten wir abweichend von Ziffer 5.1.1. AUB 2006 die bei Tod gemäß Ziffer 2.6. AUB 2006 zu zahlende vereinbarte Versicherungssumme, höchstens bis 20.000 Euro.

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

6.4.2 Bei unfallbedingtem Tod der versicherten Person gemäß Ziffer 2.6. AUB 2006 als Insasse von Land-, Schienen- und Wasserfahrzeugen zur Personenbeförderung, deren Betreiber öffentliche Verkehrsbetriebe oder private Transportunternehmen sind, zahlen wir zusätzlich 100% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens bis zusätzlich 20.000 Euro.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen aus allen Verträgen höchstens bis zusätzlich 20.000 Euro erbracht.

6.5. Mitwirkung

Krankheiten oder Gebrechen mindern abweichend von Ziffer 3. AUB 2006 die unfallbedingte Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 55 % überschritten wird.

6.6. Abweichungen von Ausschlüssen

6.6.1. Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 5.1.1. AUB 2006 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, versichert.

Unfälle beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen sind jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.

Wird durch ein versichertes Unfallereignis eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung herbeigeführt, die ihrerseits zu einem Unfall führt, so besteht abweichend von Ziffer 5.1.1. AUB 2006 ebenfalls Versicherungsschutz.

6.6.2. Herzinfarkt, Schlaganfall und andere Krampfanfälle

Abweichend von Ziffer 5.1.1. AUB 2006 sind Herzinfarkt, Schlaganfall oder andere Krampfanfälle, die durch ein versichertes Unfallereignis entstehen, versichert.

Versichert sind auch Unfälle infolge eines Herzinfarkts, Schlaganfalls, eines epileptischen Anfalls oder anderer Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

6.6.3. Straftaten

Die versicherte Person führt oder gebraucht ohne Führerschein ein Land- oder Wasserfahrzeug und hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist entmündigt.

Abweichend von Ziffer 5.1.2. AUB 2006 sind dann Unfälle versichert, wenn keine weitere Straftat den Zugriff auf das Fahrzeug ermöglicht hat.

Die versicherte Person erstellt oder gebraucht Feuerwerkskörper und hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist entmündigt.

Abweichend von Ziffer 5.1.2. AUB 2006 sind dann Unfälle versichert, wenn keine weitere Straftat wie Körperverletzung oder Sachbeschädigung beabsichtigt war.

6.6.4. Innere Unruhen / Gewalttätige Auseinandersetzungen

Abweichend von Ziffer 5.1.2. AUB 2006 sind Unfälle bei Inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen versichert, wenn der Versicherte nicht an den Gewalttätigkeiten aktiv teilgenommen hat oder wenn er zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

6.6.5. Erweitertes Kriegsrisiko

Der in Ziffer 5.1.3. AUB 2006 beschriebene Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Der Zeitraum verlängert sich um weitere 7 Tage, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des betroffenen Staates zu verlassen.

Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Gebiete des betroffenen Staates ausgeführt werden, sind versichert.

6.6.6. Fahrtveranstaltungen

Die Fahrtveranstaltung findet auf öffentlichen Wegen unter Einhaltung aller Verkehrsregelungen und gesetzlichen Bestimmungen statt.

Die versicherte Person, Fahrer, Beifahrer und Insassen erzielen durch die Fahrtveranstaltung, der Vorbereitung oder dem Training kein Einkommen und vereinnahmen kein Geld und keine Sachleistungen aufgrund von Verträgen.

Das Motorfahrzeug ist für die Fahrtveranstaltung nicht besonders technisch verändert. Der Veranstalter betreibt mit der Veranstaltung oder mit Motorfahrzeugen kein Gewerbe und keinen Verein.

Abweichend von Ziffer 5.1.5. AUB 2006 sind dann Unfälle der versicherten Person bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen versichert.

6.6.7. Strahlenschäden

Abweichend von Ziffer 5.2.2. AUB 2006 sind Gesundheitsschäden durch Strahlen versichert, sofern sie nicht Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Geräten sind.

6.6.8. Heilmaßnahmen

Das Schneiden, Rasieren oder Feilen von Nägeln, Haaren, Hühneraugen und Hornhaut ist abweichend von Ziffer 5.2.3. AUB 2006 versichert.

6.6.9. Vergiftungen und Nahrungsmittelvergiftungen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.5. AUB 2006 sind Vergiftungen und deren Folgen versichert, wenn es sich um

- Vergiftungen handelt infolge Einatmung schädlicher Stoffe, denen die versicherte Person durch unabwendbare Umstände ausgesetzt war.
- Einnahme von Stoffen handelt, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund handelt und die versicherte Person das 14. Lebensjahr zum Zeitpunkt des Unfalls noch nicht vollendet hat.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die

- als Berufs- oder Gewerbekrankheiten gelten, insbesondere wenn sie durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande gekommen sind.

durch jegliche Art von Suchtmitteln entstanden sind.

6.6.10. Psychische und nervöse Störungen

Führen eine unfallbedingte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine unfallbedingte neu entstandene Epilepsie zu psychischen oder nervösen Störungen der versicherten Person, die im Anschluss an den Unfall eintreten, sind diese abweichend von Ziffer 5.2.6. AUB 2006 versichert.

6.7. Leistungsfall

6.7.1. Geringfügigkeit

Die Folgen eines Unfalls erscheinen als geringfügig. Der Arzt wird hinzugezogen und wir werden erst dann unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Abweichend von Ziffer 7.1. AUB 2006 ist das keine Obliegenheitsverletzung.

6.7.2. Operation

Abweichend von Ziffer 7.1. AUB 2006 ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

6.7.3. Verdienstaustausch wegen ärztlicher Untersuchung

Können Unternehmer, Geschäftsführer oder Selbstständige den Lohn- und Verdienstaustausch nicht konkret nachweisen, erstatten wir abweichend von Ziffer 7.3. AUB 2006 als festen Betrag 2 Promille der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, bis höchstens 500 Euro.

6.7.4. Anzeigepflicht

Hat der Unfall den Tod zur Folge, beginnt die Meldefrist gemäß Ziffer 7.5. AUB 2006 erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

6.7.5. Versehen bei Obliegenheitsverletzung

Abweichend von Ziffer 8. AUB 2006 bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn die Verletzung der Obliegenheiten versehentlich erfolgte und die Obliegenheit nach Kenntnis des Versehens unverzüglich erfüllt wurde.

6.7.6. Ärztliche Gebühren

Abweichend von Ziffer 9.1. AUB 2006 übernehmen wir die ärztlichen Gebühren in voller Höhe, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen.

6.7.7. Laufendes Heilverfahren

Abweichend von Ziffer 9.3. AUB 2006 kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein Vorschuss von 10 % auf die zu erwartende Invaliditätsleistung verlangt werden, sofern für die betroffene versicherte Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.

6.7.8. Invaliditätsgradänderung

Abweichend von Ziffer 9.4. AUB 2006 sind wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich, längstens bis zu zwei Jahre nach Eintritt des Unfalles erneut ärztlich bemessen zu lassen. Ihre Frist bleibt bei längstens drei Jahren.

7. Bedingungen für Infektionen und Impfungen

Abweichend von Ziffer 5.2.4. AUB 2006 sind die Folgen von Infektionen und Impfungen gemäß Ziffer 7.1. max2007 versichert.

7.1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:

1a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden: Borreliose, Brucellose, Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest, Schlafkrankheit/Tsetse-Krankheit sowie Tularämie/Hasenpest.

1b) Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis, Genickstarre, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Wundstarrkrampf oder Windpocken infiziert.

2) Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 7.1. versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

3) Schließlich sind als Folge eines Unfallereignisses mitversichert:

- sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen);
- Tollwut, Wundstarrkrampf und Wundinfektionen;
- Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde;
- Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

7.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

Als Unfall gilt abweichend von Ziffer 1.3. AUB 2006 und 5.2.4. AUB 2006 die Infektion durch Hautverletzungen oder - durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Mund, Nase oder Ohr in den Körper gelangt sind. Hautverletzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten sind kein plötzliches Eindringen.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach dem Versicherungsbeginn erfolgt.

7.1.2. Art und Höhe der Leistung

Es besteht Versicherungsschutz bis zur vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität.

Verstirbt die versicherte Person an den Folgen einer Infektion oder Impfung gemäß Ziffer 7.1. leisten wir abweichend von Ziffer 5.2.4. AUB 2006 die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch 20.000 Euro.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006.

8. Bedingungen für behindertengerechte Erleichterungen

Die Ziffer 2. AUB 2006 wird um diese Leistungsart infolge unfallbedingter Invalidität erweitert. Versicherte Erleichterungen sind:

- Behindertengerechte Umbauten des Wohnsitzes der versicherten Person
- Umzüge in einen behindertengerechten Wohnsitz
- Umbauten eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug
- künstliche Organe sowie Organtransplantationen
- Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte
- Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhundes
- Behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift.

8.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1. AUB 2006.

Der Umgang und das Leben mit der Behinderung können erleichtert werden.

Die Erleichterung wird durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvoranschlag für die Erleichterung nachgewiesen. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3. AUB 2006.

8.2. Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für eine oder mehrere Erleichterungen aufgrund eines Unfallereignisses werden insgesamt bis zur Höhe von 5% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, von den AUB 2006 abweichende Gliedertaxen und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für behindertengerechte Erleichterungen in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

8.3. Umschulungsmaßnahmen

Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die Kosten bis zu 10.000 Euro erstattet.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

9. Bedingungen für die Prämienbefreiung

9.1. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

9.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis und verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei der zuständigen Agentur für Arbeit als arbeitslos.

Das Arbeitsverhältnis ist sozialversicherungspflichtig, unbefristet und bei Abschluss des Versicherungsvertrages ungekündigt. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 30 Stunden.

Das Arbeitsverhältnis unterliegt dem deutschen Arbeitsrecht und ist nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf oder zum Zwecke der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.

Das Arbeitsverhältnis besteht entweder seit mindestens 2 Jahren ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber oder es besteht seit 1 Jahr ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber und schließt unmittelbar an:

- eine ununterbrochene Kindererziehungszeit von mindestens 2 Jahren an.

- eine ununterbrochene Berufsausbildung von mindestens 2 Jahren an.

- ein ununterbrochenes Studium von mindestens 2 Jahren an.

- ein ununterbrochenes vorheriges Arbeitsverhältnis von mindestens 2 Jahren an.

Andere Arbeitsverhältnisse bleiben unversichert.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Geeignete Unterlagen erstellen Ämter, Behörden, Arbeitgeber und Ausbildungsträger wie Schulen und Universitäten.

9.1.2. Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitslosigkeit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitslosigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 10. AUB 2006 und 11. AUB 2006 prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Prämienbefreiung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit.

Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.

Bei erneuter Arbeitslosigkeit setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

9.2. Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Von den Ziffern 1.3. AUB 2006 und 5.2. AUB 2006 wird abgewichen.

9.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.

9.2.2. Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein.

Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 10. AUB 2006 und 11. AUB 2006 prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

9.3. Prämienbefreiung bei Tod oder Invalidität

9.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Sie sterben unfallbedingt oder erhalten unfallbedingt eine Invaliditätsleistung aus einem mit uns vereinbarten Vertrag zur Unfallversicherung aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 50%.

9.3.2. Art und Höhe der Leistung

Die zwischen Ihnen und uns vereinbarten Verträge zu Unfallversicherungen jeweils für Sie, Ihre Lebenspartner und Ihre Kinder als versicherte Person werden im Sinne von Ziffer 11.7. AUB 2006 prämienfrei weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen, soweit die versicherten Personen bedingungsgemäß noch versicherbar sind.

Die Prämienbefreiung beginnt mit dem Todestag oder mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1. AUB 2006. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag, an dem

- der Invaliditätsgrad gemäß Ziffer 9.4. AUB 2006 unter 50% sinkt oder

- das letzte versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat oder

- der Lebenspartner das 67. Lebensjahr vollendet hat.

Für Kinder, die während der Dauer der Prämienbefreiung das 18. Lebensjahr vollenden, endet die Prämienbefreiung. Erreicht der Invaliditätsgrad wieder mindestens 50%, setzt die Prämienbefreiung erneut ein.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt.

Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden erstattet.

10. Bedingungen für Frauen

10.1. Brust- und Gebärmutterverlust

10.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

Abweichend von Ziffer 1.3. AUB 2006 und 2.1. AUB 2006 verliert die versicherte Person aufgrund einer krebserkrankten Operation oder unfallbedingt

- eine Brust oder beide Brüste
- die Gebärmutter oder beide Eierstöcke.

Bei Eintritt der Krebserkrankung hat die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht. Die Notwendigkeit und die Durchführung der krebserkrankten Operation sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

10.1.2. Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt eine Krebserkrankung bei der versicherten Person erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn. Bei Verlust einer Brust oder beider Brüste werden 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt.

Bei Verlust der Gebärmutter oder beider Eierstöcke werden 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, von den AUB 2006 abweichende Gliedertaxen und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei beiden Berechnungen der Entschädigung unberücksichtigt.

10.2. Kosmetische Operationen

Die Kosmetischen Operationen gemäß Ziffer 3.2. max2007 werden erweitert.

10.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Aufgrund einer gemäß Ziffer 10.1. max2007 versicherten krebsbedingten Operation oder unfallbedingt wird eine kosmetische oder plastische Brustoperation durchgeführt.

Die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen gemäß Ziffer 10.1. max2007 der versicherten Person erfordern kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

Eine therapeutische oder psychiatrische Behandlung wird durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen gemäß Ziffer 10.1. max2007 der versicherten Person notwendig.

Die Notwendigkeit und die Durchführung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

10.2.2. Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für Arzthonorare nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) maximal bis zum 3,5-fachen Satz, die kosmetische oder plastische Brustoperation und die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik werden bis zu 20 % der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt.

Die Kosten für die kosmetischen Behandlungen beim Kosmetiker sowie für Tätowierungen und für künstlichen Haaransatz werden bis zu 2% der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt, soweit es durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen notwendig ist.

Die Kosten für die therapeutische oder psychiatrische Behandlung werden bis zu 2% der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt, soweit es durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen notwendig ist.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kosmetische Operationen in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

11. Bedingungen für Kinder

Die Ziffer 2. AUB 2006 wird für versicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um folgende Leistungsarten gemäß den Ziffern 11.1. bis 11.4. max2007 erweitert.

11.1. Rooming-in

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

Ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus oder in einem speziell dafür vorgesehenen Haus in der Nähe des Krankenhauses (Rooming-in).

Für jede Übernachtung wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Übernachtungen gezahlt.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

11.2. Haushaltshilfe oder Tagesmutter

Die unfallbedingten Verletzungen eines Erziehungsberechtigten des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und daher ist die Versorgung des versicherten Kindes durch eine Haushaltshilfe oder die Unterbringung des versicherten Kindes bei einer Tagesmutter notwendig.

Für jeden Anwesenheitstag der Haushaltshilfe oder jeden Aufenthaltstag bei der Tagesmutter wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

11.3. Nachhilfe

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und halten das Kind deshalb vom Schulunterricht ab.

Für jeden Abwesenheitstag von allgemeinen oder berufsbildenden Schulen wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt, soweit bei einem anerkannten Nachhilfelehrer oder Institut Nachhilfeunterricht genommen wird.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder betroffen sind.

11.4. **Mitversicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern**

Während der Vertragsdauer geborene Kinder oder adoptierte Kinder vor Vollendung deren 18. Lebensjahres, sind ab der Vollendung der Geburt oder ab dem Tag der Adoption für ein Jahr prämienfrei versichert.

Die Versicherungssummen belaufen sich auf 100.000 Euro für Invalidität gemäß Ziffer 2.1. AUB 2006 und 10.000 Euro für Tod gemäß Ziffer 2.6. AUB 2006.

Dem Versicherungsschutz liegen die Vereinbarungen dieses Vertrages zu Grunde.

Wird das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres bei uns versichert, gelten die prämienfreien Versicherungssummen zusätzlich während der genannten Zeit von einem Jahr. Bestehen bei uns noch weitere Verträge, über die Neugeborene versichert sind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

12. **Einschränkungen des Versicherungsschutzes**

12.1. **Leistungsreduzierung bei Berufs- und Sportunfällen**

Zur leistungsreduzierten Risikogruppe gehören alle Personen, die bei der Ausübung eines Sportes einen Unfall erleiden. Des Weiteren gehören alle Männer mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder Personen, die mit giftigen oder explosiven Stoffen umgehen, sowie Berufs- und Zeitsoldaten, Landwirte, Tierärzte, Turn-, Sport- und Tanzlehrer, Berufskraftfahrer, Busfahrer, Kellner und Hausmeister zu dieser leistungsreduzierten Risikogruppe.

Übt die versicherte Person eine der oben genannten Tätigkeiten während des Unfallgeschehens aus, kommen 75% der errechneten Versicherungsleistung zur Auszahlung.

Dies gilt für alle Leistungen, die aus dem Vertrag nach den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2006) und den Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) fällig werden.

Diese Leistungseinschränkung gilt nur für Berufs- und Sportunfälle. Bei Berufsunfällen ist im Zweifel die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.

Als Sport gilt jede sportliche Betätigung in den vom Deutschen Sportbund anerkannten Sportarten.

12.2. **Welche Berufsunfälle fallen nicht unter den Versicherungsschutz**

Nicht versichert sind Unfälle, bei Tätigkeiten die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Artist, Akrobat, Bergführer, Bergleute, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Sprengmeister, Rennfahrer, Radrennfahrer, Rennreiter, Sportler mit Verträgen oder Lizenzen, Trainer von Vertrags- und Lizenzsportlern, Stuntmen, Taucher, Tennislehrer, Testfahrer, Tiertrainer, Tierbändiger.

Dies beinhaltet - insbesondere aber nicht abschließend - die folgenden Tätigkeiten:

Artistische/Akrobatische Übungen und Aufführungen, Arbeiten unter Tage, der Umgang mit Geschossen oder sonstigen explosiven Stoffen, Sport als Erwerbstätigkeit, Tauchen, Tierdressur, Erprobungsfahrten mit Kraftfahrzeugen und alle weiteren Tätigkeiten die im Rahmen der oben genannten Berufe ausgeführt werden.

13. **Bedingungen zum Schluss**

13.1. **Maklerklausel**

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklerauftrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten. Die Verpflichtung des Maklers entfällt, wenn Sie im Maklerauftrag mit dem Makler eine andere Regelung vereinbaren und wir davon Kenntnis erhalten. Beginnend mit dem Zeitpunkt unserer Kenntnis ist der Makler dann nicht mehr bevollmächtigt, Ihre Anzeigen und Willenserklärungen entgegenzunehmen. Vor dem Zeitpunkt entgegengenommene Anzeigen und Willenserklärungen sind weiterhin unverzüglich weiterzuleiten. Makler ist, wer gemäß § 42a Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) tätig ist und das Gewerbe im Sinne von § 34d Gewerbeordnung (GewO) in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union betreibt.

13.2. Wann können sich die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2006) oder die Besondere und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) ändern?

13.2.1. Wir sind berechtigt, bei

- Änderung bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften, die sich unmittelbar auf einzelne Bestimmungen des Versicherungsvertrages auswirken;
- den Versicherungsvertrag betreffender Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung;
- rechtskräftiger Feststellung der Unwirksamkeit einzelner Bedingungen durch ein Gericht;
- Beanstandung einzelner Bedingungen als mit geltendem Recht nicht vereinbar durch die Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsakts;
- Verstoß einzelner Bedingungen gegen Leitlinien oder Rundschreiben der Versicherungsaufsichtsbehörde oder Kartellbehörde

die betroffenen Bedingungen zu ändern, ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung).

13.2.2 Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Obliegenheiten nach Vertragsschluss, Vertragsdauer und Kündigung.

13.2.3 Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit und der Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an die Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.

13.2.4 Durch die Anpassung darf das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung der Anpassung nicht zu Ihrem Nachteil geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.

13.2.5 Die Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen des Versicherers, wenn sich die gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.

13.2.6 Die Zulässigkeit und Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

13.2.7 Die angepassten Bedingungen werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe schriftlich widersprechen. Hierauf werden Sie bei Bekanntgabe ausdrücklich hingewiesen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

13.2.8 Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Anpassung nicht in Kraft. Wir können innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines jeden Monats kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.