

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Unfallversicherung für Unternehmerkunden

Stand: GUB 2014 – 03.2016

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 2014) für Unternehmernkunden

und soweit vereinbart

- die Gothaer UnfallTop 2014
- die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014
- Besondere Bedingungen 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 2014) für Unternehmernkunden	9
Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen	25
Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden	29
PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden	36
Keyperson-Absicherung im Rahmen einer betrieblichen Gothaer Gruppen-Unfallversicherung	43
Informationen zu Ihren Extra Services	47

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 2014)
- Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (soweit Sie diese mit uns vereinbart haben)

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 2014.**

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, Leistungen bei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Tagegeld), bei einem Krankenhausaufenthalt (Krankenhaustagegeld) oder im Todesfall.

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

Wenn die versicherte Person durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleidet, also invalide wird (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 2014. 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

Beitrag (inkl. Versicherungssteuer und ggf. Ratenzahlungszuschlag):

Beitragsfälligkeit: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Erstmals zum Versicherungsbeginn:

Vertragsablauf

Die jeweiligen **Fälligkeiten** und den **Zahlungszeitraum** entnehmen Sie ebenfalls dem Vorschlag. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt **Beginn des Versicherungsschutzes / Beitragszahlung** der GUB 2014.

Die jeweilige **Fälligkeit** entnehmen Sie bitte ebenfalls dem Vorschlag.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 12 und 13 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014).

Beitragszahlung und Rechts- folgen 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 ein SEPA-Lastschriftmandat 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 Einmalbeitrags oder eines Folgebeitrags kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Ziffer 13 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014).

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 2014) 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 Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind
- 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 2014).

Bitte beachten Sie:

Bei Vereinbarung der Gothaer UnfallTop zu den GUB 2014 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptische Anfälle ausgelöst werden. Ferner auch für Unfälle, die durch andere Bewusstseinstörungen 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 Sie auf die Ziffern 2.1.2.2.3 und 5 GUB 2014 aufmerksam.

Bei der Berechnung des unfallbedingten Invaliditätsgrades wird eine Vorinvalidität nach Ziffer 2.1.2.2.3 GUB 2014 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 Gesamtinvalidität abgezogen.

Für die Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen gilt nach Ziffer 5 GUB 2014:

- 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 2014).

• bei Vertragsschluss

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 2014).

• während der Vertragslaufzeit

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 2014.

• bei Eintritt des Versicherungsfalles

Melden Sie umgehend jedes Unfallereignis, das einen Leistungsanspruch zur Folge haben könnte und suchen Sie einen Arzt auf. Wir sind über das Gothaer Schaden Servicetelefon 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 2014).

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 2014).

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

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 2014).

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

Gesellschaftsangabe	Gothaer Allgemeine Versicherung AG Rechtsform Registergericht und Registernummer	Aktiengesellschaft Amtsgericht Köln, HRB 21433	
	Vorsitzender des Aufsichtsrates Vorstand	Prof. Dr. Werner Görg Thomas Leicht (Vorsitzender) Dr. Mathias Bühring-Uhle Dr. Karsten Eichmann Harald Ingo Epple Michael Kurtenbach Dr. Hartmut Nickel-Waninger Oliver Schoeller	
	Postanschrift	50598 Köln	
Ladungsfähige Anschrift	Hausanschrift	Gothaer Allee 1 50969 Köln	
• Niederlassungen im Inland	Gothaer Allgemeine Versicherung AG Gothaer Allgemeine Versicherung AG Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Katharinenstr. 23 - 25 Gothaer Allee 1 Johannesstr. 39 - 45	20457 Hamburg 50969 Köln 70176 Stuttgart
• Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter	Frankreich Gothaer Allgemeine Versicherung AG Hauptbevollmächtigter	1 bis, rue de Bouxwiller Claude Ketterle	F-67000 Strasbourg
	Spanien Gothaer Allgemeine Versicherung AG Hauptbevollmächtigter	Avenidas de Burgos, 109 Michael Giesen	E-28050 Madrid
• Hauptgeschäftstätigkeit	Die Gothaer Allgemeine Versicherung AG ist durch Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung berechtigt.		
Aufsichtsbehörde	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungen Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.		
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 den Versicherungsombudsmann als gesetzliche 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 Versicherung wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen sowie den Gesamtbeitrag (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im jeweiligen Produktinformationsblatt, den zugehörigen allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. in unserem Vorschlag zur Gothaer Unfallversicherung genannt.		

Informationen zum Vertrag

Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben

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

Sofern in den Informationen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, gelten sie für eine Dauer von vier Wochen nach Veröffentlichung.

Bindefrist

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

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt durch Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages und unsere Annahmeerklärung durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande, wenn Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen. Im Fall von Abweichungen von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen sind diese – einschließlich Belehrung und Hinweise auf die damit verbundenen Rechtsfolgen – in Ihrem Versicherungsschein gesondert aufgeführt.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Sofern bestimmte Wartezeiten bestehen, sind diese in dem jeweiligen Produktinformationsblatt enthalten.

vorläufige Deckung

Der Versicherungsschutz kann im Einzelfall auf Grund einer vorläufigen Deckungszusage ab dem darin genannten Zeitpunkt in Kraft treten. Diese ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag, der insbesondere nach endgültigem Abschluss der Vertragsverhandlungen oder bei Vorlage des Versicherungsscheins über den endgültigen Versicherungsschutz endet.

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, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gem § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, 50598 Köln. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr 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 zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor 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, Mindestlaufzeit

Zu Laufzeit und Beendigung des Vertrags verweisen wir auf die Hinweise im Produktinformationsblatt.

Beendigung des Vertrages

Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht/ Gerichtsstand

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Amts- bzw. Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Vertragssprache

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt, es sei denn, dass im Einzelfall anders lautende Vereinbarungen getroffen werden.

Zahlweise

• Erstbeitrag

Ihre Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt.

• Folgebeitrag

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

- **SEPA-Lastschrift-Mandat:**

Ist mit Ihnen die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt Ihre Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

- **Zahlweise**

Falls wir mit Ihnen unterjährige Zahlweise vereinbaren, ist grundsätzlich jährliche, ½-jährliche, ¼-jährliche oder monatliche Beitragszahlung möglich, wobei ein Zuschlag für unterjährige Beitragszahlung berechnet werden kann.

- **Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragsstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) für Unternehmerkunden

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner. Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und/oder andere Personen 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**
- 2.8 **Zahnbehandlungskosten**
- 3 **Generell ohne Mehrbeitrag versicherte Leistungen**
- 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?**
- 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?**
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
 - 13.1 Beitrag und Versicherungsteuer
 - 13.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
 - 13.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - 13.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei erteiltem SEPA-Lastschrift-Mandat
 - 13.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 13.6 Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2 GUB 2014

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 **Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen**
- 20 **Wie hoch ist die Höchstentschädigung aus diesem Vertrag ?**
- 21 **Sanktionsklausel**
- 22 **Innovationsklausel**

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 besteht während der Wirksamkeit des Vertrags. Er 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 der Versicherte 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.
- Ferner gelten ein Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und/oder Sauerstoffentzug, die als Folge eines Unfalls im Sinne dieser Ziffer auftreten, als vom Versicherungsschutz erfasst.
- 1.4 Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?**
- 1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person **durch** eine erhöhte Kraftanstrengung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
- Die Aufzählung ist abschließend. Insbesondere fallen Meniskus- und Bandscheibenschäden nicht darunter.
- Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.
- 1.4.2 Bei Gesundheitsschädigungen durch die Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn besondere Umstände die versicherte Person dazu zwingen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang auszusetzen. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch durch die 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. Erstickungs- und Erfrierungstod 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 Zeckenstich durchtrennt. Die durch Zeckenstich 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 mindestens 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 (Wundstarrkrampf), der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.
 - Tollwut, die durch den Biss eines Tieres übertragen wird.
 - 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 eine 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.
- Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheitserreger und der Vor-

aussetzung für eine Leistung 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 2014 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 2014 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte 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 Jahre 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 auch hierbei bei einer 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 2014 darstellen.

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

Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Gesundheitsschädigungen durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen (Siehe Ziffer 4.2.5 GUB 2014).

1.4.6 Mitversichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Nicht hierzu zählen Vergiftungen durch vermeintliche Nahrungsmittel, wie z.B. giftige Beeren und giftige Pilze. Wenn die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind auch Vergiftungen durch vermeintliche Nahrungsmittel mitversichert.

Mitversichert sind ebenfalls Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Auf die Ziffer 4.2.4 GUB 2014 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 Sie vereinbaren?

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 Eine Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit **dauerhaft** beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist **dauerhaft**, wenn sie **vor aussichtlich 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 worden.

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

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

In besonderen Ausnahmefällen kann das Versäumen der Frist entschuldigt werden.

Hierzu ein Beispiel:

Sie haben bei dem Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.2 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. In einem solchen Fall zahlen wir eine mitversicherte Todesfallleistung (Ziffer 2.5).

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir Ihnen als einmaligen Kapitalbetrag.

2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung sind die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Die Höhe des Invaliditätsgrades richtet sich nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort aufgeführt sind. Ansonsten bemisst sich der Invaliditätsgrad nach der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 11.5).

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. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des dort genannten Invaliditätsgrades:

Hierzu ein Beispiel:

Die völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes ergibt einen Invaliditätsgrad von 70 %.
Die Beeinträchtigung eines Armes um ein Zehntel ergibt einen Invaliditätsgrad von 7 %.

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)

2.1.2.2.2 Sind Körperteile und/oder Sinnesorgane betroffen, die nicht in der Gliedertaxe aufgeführt sind, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

2.1.2.2.3 Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt, besteht eine Vorinvalidität. Wir mindern den Invaliditätsgrad um diese Vorinvalidität. Sie bemisst sich wie die unfallbedingte Invalidität nach den Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.2.

Hierzu ein Beispiel:

Die völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes ergibt einen Invaliditätsgrad von 70 %. Bei einer Beeinträchtigung um 3/7 beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad 30 %. War der betroffene Arm aufgrund eines Bruchs bereits vorher um 1/7 beeinträchtigt (Vorinvalidität 10 %), beträgt die unfallbedingte Invalidität 20 %.

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.

2.1.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als 15 Monate nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Tagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

Sofern der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf soweit als möglich nachgeht, wird dies nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Wir zahlen das Tagesgeld abgestuft nach dem Ausmaß der ärztlich festgestellten Beeinträchtigung der Berufstätigkeit.

Hierzu ein Beispiel:

Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagesgeld in

voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.

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

2.3 Krankenhaus-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Eine vollstationäre Heilbehandlung liegt bei einem mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt vor.

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 Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten ist.

Eine unmittelbar (innerhalb von 21 Tagen) an den ersten unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt anschließende vollstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW) ist als unfallbedingte vollstationäre Heilbehandlung mitversichert. Gleiches gilt für einen unfallbedingten vollstationären Aufenthalt der versicherten Person zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim. Wir erbringen daher auch für diese Behandlungen das Krankenhaustagegeld.

Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation, wenn die versicherte Person deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt ist. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, einer Beschäftigung nachzugehen (z.B. Besuch des Kindergartens oder der Schule oder Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.).

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

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.

Bei einer unfallbedingten ambulant durchgeführten Operation zahlen wir das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für drei Tage. Ein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4.1 GUB 2014 entsteht hierdurch nicht.

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld entsteht allerdings nur dann, wenn diese Leistung ausdrücklich vereinbart ist.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

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.

2.5 Todesfalleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 15 Monaten gestorben oder nach dem Verschollenheitsgesetz (VerschG) für Tod erklärt worden. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 weisen wir hin.

2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6 Bergungskosten in der Unfallversicherung

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:

- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
- b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.
- e) die Heimfahrt – oder Unterbringung der mitreisenden minderjährigen Kinder und des mitreisenden Partners der versicherten Person, die nach einem Unfall im Ausland zusätzlich entstehen.

- 2.6.2 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.
- 2.6.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) 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.
- 2.6.4 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.
- 2.6.5 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 Unfallversicherung

- 2.7.1 Soweit keine abweichende Summe vereinbart ist, gilt im Rahmen der nachstehenden Bedingungen eine Summe von 10.000 EUR versichert.
- 2.7.2 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 ärztlich verordnete Hilfsmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.7.3 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.
- 2.7.4 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.
- 2.7.5 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) 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.
- 2.7.6 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.
- 2.7.7 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

- 2.8.1 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, Stiftzähnen, Gebissen und Implantaten).
- 2.8.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) 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 Todesfallleistung für Vollwaisen

Ziffer 2.5 wird wie folgt erweitert:

Besteht für beide Elternteile Unfallversicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf Grundlage der GUB 2014 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.

3.2 Helmklausel

Ziffer 2.1.2 wird wie folgt erweitert:

Bei folgenden sportlichen Aktivitäten zahlen wir bei einer unfallbedingten schweren Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades eine zusätzliche Invaliditätsleistung in Höhe von 1.000 EUR, wenn aufgrund dieser Kopfverletzung ein Invaliditätsgrad festgestellt und zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter Helm getragen wurde:

Skialpin, Fahrradfahren – auch passiv in einem Kindersitz –, Inline-Skating, Roller-Skating, Skateboarden, Wakeboarden, Kitesurfen, Windsurfen, Surfen (Wellenreiten), Reiten, Rodeln

3.3 Lebensretter- Unfallversicherung

Für Personen, die nicht über diesen Unfallversicherungsvertrag versichert sind, besteht Versicherungsschutz, sofern diesen bei der Bemühung zur Rettung einer über diesen Vertrag versicherten Person ein Unfall im Sinne der GUB 2014 zustoßt.

Die Versicherungssummen betragen je Person für

- Unfalltod 25.000,00 EUR
- Unfallinvalidität 25.000,00 EUR (ohne Mehrleistung/Progression)

Kein Versicherungsschutz besteht allerdings für Personen, die zum Zeitpunkt der Rettung für eine Rettungsorganisation (z.B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz sind.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden. Die oben genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.4 Gäste- und Besucher- Unfallversicherung

Für geschäftlich geladene Partner/Kunden des Versicherungsnehmers, jedoch nicht für:

- Publikumsverkehr
- Endkunden
- Endverbraucher
- Teilnehmer an vom Versicherungsnehmer ausgerichteten Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Sommerfest, etc.)

besteht Versicherungsschutz für Unfälle im Sinne der GUB 2014, die diesen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers zustoßen. Eingeschlossen sind die Wege außerhalb dieses Bereiches und die direkte An- und Abreise, sofern und solange sich die Kunden in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.

Die Versicherungssummen je Person betragen für

- Unfalltod 25.000 EUR
- Invalidität 25.000 EUR (ohne Mehrleistung oder Progression)

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden. Die oben genannten Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle

- 4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
- Ursachen für die Bewusstseinsstörung können insbesondere sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
 - Drogenkonsum,
 - Medikamenteneinnahme
- Hierzu Beispiele:
- Die versicherte Person
- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
 - *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab*
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Bewusstseinsstörungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- Hierzu ein Beispiel:
- Ein epileptischer Anfall, der Folge eines Unfalls mit einer Hirnschädigung ist, führt zu einem Sturz.*
- Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.
- Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge der Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörung angesehen. Vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen** bleiben dagegen die Tagesschläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.
- 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, inneren 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 erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung wegen Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits

Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teil-region des Staates, so gilt die Erweiterung nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion. 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
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges (z. B. Copiloten, Funker, Bordmechaniker, Stewardessen, Stewards)
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind (z.B. Luftfotograf, Polizisten bei der Verkehrsüberwachung oder Verbrechenverfolgung, Ärzte und medizinisches Personal in speziellen Rettungshubschraubern und Ambulanzflugzeugen)
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

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.

Mitversichert sind ebenfalls Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Karts an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Diese Unfälle sind nur dann versichert, sofern die versicherte Person kein Berufs-, Lizenz-, Vertragssportler oder Vertragsamateur aus dem Bereich des Motorsports ist.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

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

Hierzu Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörungen nach schwerem Verkehrsunfall.*
- *Angstzustände nach Gewaltverbrechen.*

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 2014 versichert sind. Versicherungsschutz besteht jedoch für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

4.2.4 Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Auf die unter der Ziffer 1.4.6 GUB 2014 definierten Erweiterungen weisen wir hin.

4.2.5 Unfälle durch Strahlen, die nicht nach Ziffer 1.4.5 GUB 2014 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 GUB 2014 die überwiegende Ursache ist.

Bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungsschutz jedoch dann, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 GUB 2014 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 ausschließlich für Unfallfolgen.

Darunter verstehen wir

- Gesundheitsschädigungen und
- die Folgen von Gesundheitsschädigungen

die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten dagegen nicht für Krankheiten sowie sonstige körperliche oder geistige Gebrechen.

Hierzu Beispiele:

Krankheiten sind z.B. Diabetes, Gelenkserkrankungen oder Osteoporose;

Gebrechen sind z.B. Schwerhörigkeit, Amputationen oder anlagebedingte Bewegungseinschränkungen

Treffen Unfallfolgen und Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invalidität und Invaliditätsrenten der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- bei allen anderen Leistungsarten die Leistung selbst, soweit dort nicht etwas anderes bestimmt ist.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.

Hierzu ein Beispiel:

Eine Beinverletzung hat zu einem Invaliditätsgrad von 10 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 5 %.

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 der 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 Beitrags 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 2 Gefahrengruppen. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags. Übt eine Person Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und B aus (z.B. Firmeninhaber, Meisterberufe), so erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A, sofern der Anteil der körperlichen Berufstätigkeit nicht mehr als 30 % an der gesamten Berufstätigkeit ausmacht.

Bitte entnehmen Sie die einzelnen Gefahrengruppen nachfolgend:

Gefahrengruppe A

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
- Schneider
- Uhrmacher
- Zahnärzte

Gefahrengruppe B

Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit. 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

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 übersenden wir Ihnen gerne.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns 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
- 8.1 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 Versi-

8 Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei freiwilligem Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst?

versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

- 8.3 Leistet die versicherte Person freiwilligen Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst oder nimmt sie an militärischen Reserveübungen teil, ist eine Mitteilung nach Ziffer 7 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 Verdienstauffalles tragen wir.
Wird bei Selbständigen der Verdienstauffall 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 ein 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 2014).

10

Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Bei leichter Fahrlässigkeit gilt:

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 Unfallherganges 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 längstens bis zu 3 Jahren neu bemessen zu lassen. 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 Mehrbeitrag 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 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 der jeweiligen Versicherungsdauer 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 können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss 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 Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des 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.

12.4

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

13.1

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

13.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

13.1.2 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, 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 Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

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 erteiltem SEPA-Lastschriftmandat

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat 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 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.

13.6 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 Die 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.

15.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

15.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

15.2.1 Rucktritt

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

Kein Rucktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rucktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

15.2.2 Kündigung

Wenn unser Rucktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

15.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 13.1.1) Vertragsbestandteil.

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

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

15.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rucktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rucktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rucktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre

15.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

15.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 15.1. bis 15.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

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 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.
- 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 uns weiterzuleiten.

19 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen?

- 19.1 Sofern eine Versicherung ohne Namensangabe vorliegt oder in anderen Vertragskonstellationen eine Einigung über den Fortlauf der Unfallversicherung über das 70. Lebensjahr einer versicherten Person bisher nicht zustande gekommen ist, besteht bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen.
- 19.2 Ab dem dann folgenden Versicherungsjahr ist auf Wunsch und Veranlassung des Versicherungsnehmers eine Weiterversicherung der noch im Unternehmen des Versicherungsnehmers tätigen versicherten Personen unter bestimmten Voraussetzungen wie folgt möglich:
1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die vereinbarten Versicherungssummen auf 50 Prozent oder
 2. Sie legen uns ein aktuelles ärztliches Attest über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor und wir berechnen einzelfallbezogen die neuen Versicherungssummen und einen entsprechend höheren Beitrag, sofern keine entscheidenden Gründe gegen eine Weiterversicherung sprechen.
- Wünschen Sie die Umstellung gemäß Alternative 1., melden Sie sich bitte bei uns. Wünschen Sie die Umstellung gemäß Alternative 2., reichen Sie uns bitte mit der Meldung direkt das aktuelle ärztliche Attest ein.
- 19.3 Kommt eine Vereinbarung über neue Versicherungssummen und Beiträge nicht bis spätestens drei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres zustande, setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen rückwirkend zur letzten Hauptfälligkeit des Vertrages fort. Eine Dokumentierung dieser Änderung erfolgt nicht. Im Leistungsfall wird das Alter der versicherten Person festgestellt und die Zahlung der Leistung erfolgt entsprechend.

- 19.4 Die Bestimmungen der Nummern 1 bis 3 dieser Ziffer gelten nicht für die Vereins-Gruppenunfallversicherung.
- 19.5 Mit Vollendung des 75. Lebensjahres entfällt bei der Invaliditätsleistung die ggf. vereinbarte Progressionsstaffel oder Mehrleistung. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Progressionen und Mehrleistungen.

20
Wie hoch ist die Höchstentschädigung aus diesem Vertrag?

Werden durch ein Unfallereignis gleichzeitig mehrere Personen betroffen, ist die Höchstleistung für alle Personen gemeinsam auf 20.000.000 EUR begrenzt. Ergibt sich aufgrund der für die einzelnen Personen festgelegten Versicherungssummen aus einem Unfallereignis eine höhere Ersatzleistung, so ermäßigen sich die Versicherungsleistungen für die einzelnen Personen im entsprechenden Verhältnis

Die Bestimmungen gemäß Ziffer 4.1.4 GUB 2014 bleiben hiervon unberührt.

21
Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz für ein Unfallereignis nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

22
Innovationsklausel

Werden unsere GUB 2014 ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten diese Vorteile ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für alle Bestandsverträge, denen die GUB 2014 (mit älteren Ständen) zugrunde liegen.

Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

Die Besonderen Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) 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

Ziffer 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernde Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 Stand 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 verlossenen 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.

Ziffer 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 demselben Beitrag 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.

Ziffer 3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 12 GUB 2014)

- (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 oder nach dem Tarif des Versicherers keine Unfall-Versicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (Ziffer 12 GUB 2014) 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. 69

Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial

Ziffer 2 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) 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 Unfalltage an gerechnet, gezahlt.

Nr. 72

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 2014) 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. 96

Besondere Bedingungen für die lebenslange Invaliditätsrente

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern 2.1.1, und 2.1.2 GUB 2014 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 2014 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. 99

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung (5 oder 10 Prozent) 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 Euro, für die Gothaer UnfallrentePlus auf 10,00 Euro, für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf 1,00 Euro aufgerundet.
Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen der Gothaer UnfallTop, 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.
6. Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung des Beitrags und der Versicherungssumme mehr vorgenommen:

Leistungsart	in EUR
Invalidität	1.600.000
Invalidität mit Progression 225 %	700.000
Invalidität mit Progression 300 %	500.000
Invalidität mit Progression 350 %	450.000
Invalidität mit Progression 600 %	250.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte	750.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 225 %	250.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 350 %	250.000
Gothaer UnfallrentePlus	3.000
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	160.000
Unfalltod	1.600.000
Übergangsleistung	160.000
Erweiterte Übergangsleistung	160.000
Krankenhaustagegeld	200
Genesungsgeld	200
Erweitertes Krankenhaustagegeld mit erweitertem Genesungsgeld	200
Tagegeld (TG)	200
Tagegeld Spezial (TGsp)	200

Nr. 100

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung 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 Euro, für die Gothaer UnfallrentePlus auf 10,00 Euro, für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf 1,00 Euro aufgerundet.
Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen der Gothaer UnfallTop, 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 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.
6. Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung des Beitrags und der Versicherungssumme mehr vorgenommen:

Leistungsart	in EUR
Invaliddität	1.600.000
Invaliddität mit Progression 225 %	700.000
Invaliddität mit Progression 300 %	500.000
Invaliddität mit Progression 350 %	450.000
Invaliddität mit Progression 600 %	250.000
Invaliddität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte	750.000
Invaliddität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 225 %	250.000
Invaliddität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 350 %	250.000
Gothaer UnfallrentePlus	3.000
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	160.000
Unfalltod	1.600.000
Übergangsleistung	160.000
Erweiterte Übergangsleistung	160.000
Krankenhaustagegeld	200
Genesungsgeld	200
Erweitertes Krankenhaustagegeld mit erweitertem Genesungsgeld	200
Tagegeld (TG)	200
Tagegeld Spezial (TGsp)	200

Nr. 105

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsrente bis 67

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern 2.1.1 und 2.1.2 GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zur Vollendung des 67. 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 2014 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 67 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 67 die Bestimmungen der Ziffer 12 GUB 2014. 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 67. Lebensjahr vollendet.

Zu diesem Zeitpunkt wird eine Invaliditätsversicherungssumme im Sinne der Ziffer 2.1 GUB 2014 aus dem Jahresbeitrag, der für die Invaliditätsrente bis 67 gezahlt worden ist, ohne Ratenzahlungszuschlag und Versicherungsteuer 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 2014 vereinbart sein, so wird diese Invaliditätsversicherungssumme um die Invaliditätsversicherungssumme erhöht, die sich aus dem Jahresbeitrag, der für die Invaliditätsrente bis 67 gezahlt worden ist, ohne Ratenzuschlag und Versicherungsteuer errechnet (Erhöhungssumme).

Nimmt die bereits vor diesem Zeitpunkt im Vertrag vereinbarte Invaliditätsversicherungssumme gemäß Ziffer 2.1 GUB 2014 an einer Zuwachsplanvereinbarung im Sinne der „**Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Nr. 99)**“ oder im Sinne der „**Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Nr. 100)**“ teil, so gilt diese Zuwachsplanvereinbarung auch für die Erhöhungssumme.

Nr. 106

Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfallversicherung von privaten Führern und Flugschülern von Luftfahrzeugen

In Abänderung der Ziffer 4.1.4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) gilt:

Versichert sind auch Unfälle, die die versicherte Person als nicht beruflicher Führer, Flugschüler und/oder Fluglehrer von Flugzeugen, Drehflüglern, Motorseglern oder Segelflugzeugen, in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges erleidet. In die Versicherung eingeschlossen sind Unfälle beim Ein- und Aussteigen.

Nr. 107

Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfallversicherung von beruflich an Bord eines Luftfahrzeugs tätigen Personen

In Abänderung der Ziffer 4.1.4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) gilt:

Versichert sind auch Unfälle, die die versicherte Person in ihrer Eigenschaft als beruflicher Führer, Flugschüler oder Fluglehrer, Kabinenpersonal oder sonstige an Bord tätige Person (Arzt, Sanitäter, Fotograf, technisches Personal) von Flugzeugen, Drehflüglern, Motorseglern oder Segelflugzeugen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges vom Besteigen bis zum Verlassen des Luftfahrzeuges erleidet.

Nr. 150

Besondere Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden

Die Besonderen Bedingungen zu den Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden 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 2014 für Unternehmernkunden gehen den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) vor.

Erhöhte Kraftanstrengung

Ziffer 1.4.1 der GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person Bauch- und Unterleibsbrüche entstehen.

Tauchtypische Gesundheitsschäden

Ziffer 1.4.3 der GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorganges eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, so übernehmen wir die Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressionskammer bis zu einer Höhe von 15.000 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 2014 wird um folgende Krankheiten erweitert:

Ohne dass die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen, sind versichert:

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

Verlängerung der Invaliditätseintritts- und geltendmachungsfrist

In teilweiser Abänderung der Ziffer 2.1.1.1 der GUB 2014 gelten folgende Fristen:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Helmklausel

Abweichend von Ziffer 3.2 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 2.500 EUR.

Besondere Gliedertaxe

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 der GUB 2014 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 %
alle Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	70 %
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 2014). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	

Gipsgeld

Ziffer 2.3.1 Absatz 3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Ist die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalles im Sinne der GUB 2014 aufgrund ärztlicher Anweisung gezwungen länger als 14 Tage einen Gipsverband (auch Hart- oder Kunstschäumverband) oder eine Schienung zu tragen, wird einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 250 EUR gezahlt, sofern ein Krankenhaus-Tagegeld versichert ist. Die Notwendigkeit des Gipsverbandes oder der Schienung ist mit einem Attest vom Arzt bei uns nachzuweisen.

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

Verlängerte Zahlung Krankenhaus-Tagegeld	<p>Ziffer 2.3.2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>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.</p>
Doppeltes Krankenhaus-Tagegeld im Ausland	<p>Ziffer 2.3.2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Eignet sich ein Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 der GUB 2014 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.</p> <p>Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in welchem die betroffene versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält.</p> <p>Ist Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4 GUB 2014 vereinbart, so wird nur das einfache Genesungsgeld ausgezahlt.</p>
Verlängerte Zahlung Genesungsgeld	<p>Ziffer 2.4.2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 500 Tage.</p>
Bergungskosten in der Unfallversicherung	<p>Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2014 gilt folgendes:</p> <p>Die versicherte Summe wird auf 20.000 EUR erhöht.</p>
Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung	<p>Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2014 gilt folgendes:</p> <p>Die versicherte Summe wird auf 20.000 EUR erhöht.</p>
Komageld	<p>Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Ist die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalls im Sinne der GUB 2014 in ein Koma gefallen oder wird sie infolge eines Unfalles in ein künstliches Koma versetzt, so werden für den Zeitraum dieses Zustandes täglich 20 EUR, längstens jedoch für einen Zeitraum von 365 Tagen, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.</p> <p>Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.</p>
Reha- und Kur-Beihilfe	<p>Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4 GUB 2014 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 oder Kur durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen. Die Reha- und Kur-Beihilfe wird einmal je Unfall in einer Höhe von 1.000 EUR gezahlt. Dabei wird Ziffer 5 der GUB 2014 berücksichtigt.</p> <p>Wird die Reha- oder Kur-Maßnahme nach den zuvor genannten Voraussetzungen aufgrund der Nähe zum Wohnort der versicherten Person statt stationär ambulant oder teilstationär durchgeführt, wird eine Reha- und Kur-Beihilfe in Höhe von 500 EUR gezahlt.</p> <p>Die Reha- und Kur-Beihilfe nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil. Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.</p>
Haushaltshilfegeld	<p>Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014, 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Hat ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 oder 1.4 der GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2014 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.

Unter den gleichen Voraussetzungen stehen zusätzliche 10.000 EUR zur Verfügung für die Übernahme erforderlicher Kosten durch

- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahmen ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist
- den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes (als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist)
- die Einrichtung eines neuen behindertengerechten Arbeitsplatzes beim Versicherungsnehmer bzw. eines häuslichen Arbeitszimmers, sofern sich die versicherte Person und der Versicherungsnehmer gemeinsam dafür entscheiden
- den behindertengerechten Umbau des für diese versicherte Person vom Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellten Dienst-PKW.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht. Ist ein jeweiliger Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die erstmalige Neuanschaffung ersetzt. 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

Ziffer 2 GUB 2014 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.

Sofortleistung bei Schwerstverletzungen

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Die versicherte Person hat aufgrund eines versicherten Unfalles eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns unter Vorlage eines ärztlichen Nachweises geltend gemacht:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- Verbrennung dritten Grades von mehr als 30 % Körperoberfläche
- Erblindung auf einem Auge

Wir erbringen je Unfall nur einmal eine Leistung von 10.000 EUR, wenn anlässlich eines unter den Vertrag fallenden Unfalles mindestens eine der oben beschriebenen schweren Verletzungen aufgetreten ist. Die Leistung wird unabhängig von eventuell anderen Leistungsansprüchen aus dem Gruppen-Unfallversicherungsvertrag erbracht.

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.

Heilkosten im Ausland

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr einen versicherten Unfall erlitten. Für die Behebung der Unfallfolgen sind der versicherten Person Heilkosten entstanden, die nicht durch ihren privaten oder öffentlich-rechtlichen Krankenversicherer erstattet werden. Wir leisten bis zu einem Maximalbetrag von 1.000 EUR Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, Operationskosten, notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, Arzneien, künstliche Glieder und Verbandszeug ab einem Betrag von 50 EUR. Die Leistung wird je Unfallereignis nur einmal erbracht.

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.

Gebärdensprache und Blindenschrift

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Erleidet eine über diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Person einen versicherten Unfall und erleidet dabei einen vollständigen Verlust der Sehfähigkeit und/oder einen vollständigen Verlust der Hörfähigkeit, so übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für das Erlernen der Blindenschrift und/oder der Gebärdensprache bis zu einem Betrag von 1.000 EUR. Von der versicherten Person ist ein entsprechender ärztlicher Nachweis beizubringen.

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-Management

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Unser Rehamanagement navigiert und begleitet Verunfallte durch das System der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer während des gesamten Genesungsprozesses. Ziel ist es, eine optimale Versorgungssituation zu schaffen, um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

1. Der Anspruch der versicherten Person auf das Rehamanagement

Die versicherte Person hat Anspruch auf Rehamanagement, wenn Sie aufgrund eines bedingungs-gemäßen Unfalls mindestens 14 Tage im Krankenhaus verweilen muss.

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

2. Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Dienstleister entbindet. Der beauftragte Dienstleister wird im Rahmen des Ersthilfetelefonats die versicherte Person nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3. Bedarfserhebung und Voraussetzungen für das Rehamanagement

Hat die versicherte Person Anspruch auf Rehamanagement, so beauftragen wir einen spezialisierten Dienstleister mit der Erhebung eines Rehamanagement-Bedarfs.

Der Rehamanagement-Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der verunfallten 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.

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall für eine Erstversorgung in einer akut stationären Einrichtung, wird sich der Dienstleister einen ersten Überblick über die voraussichtliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit und deren Folgen für das versicherte Unternehmen verschaffen. Der Dienstleister nimmt einen telefonischen Kontakt zu der versicherten Person und dem Arbeitgeber auf und leitet einen ersten prognostischen Unterstützungsbedarf ab.

Aus den gesamten erhobenen Informationen leitet der Dienstleister den Unterstützungsbedarf ab, kategorisiert die Aufwände in einen kleinen oder großen Rehafall und leitet die entsprechenden Schritte ein.

Die Leistungen aus dem Rehamanagement erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen wurde.

Mit der Erbringung der Rehamanagement-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Gruppen-Unfallversicherungsvertrag nicht verbunden, da aus medizinischen / sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

4. Kleiner und großer Rehafall

4.1 Der kleine Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor, wenn der Rehamanagement-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird, die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen 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 der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird, wenn die versicherte Person nach einem mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt noch für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird oder wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

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

oder die versicherte Person in eine besondere Krisensituation nach Ziffer 5.2.2.6 dieser Besonderen Bedingung gekommen ist.

5. Die Rehamanagement-Leistungen

5.1 Leistungen bei einem kleinen Rehafall

5.1.1 Rehabilitation

Im Rahmen der Rehabilitation 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 Rehabilitation

Den Angehörigen und der versicherten Person wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung 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 maximal 5 Behandlungen einer dieser therapeutischen Maßnahmen.

5.2 Leistungen bei einem großen Rehafall

5.2.1 Rehabilitation

Der 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. Kann aufgrund der Unfallfolgen die Arbeit am alten Arbeitsplatz nicht mehr aufgenommen werden, unterstützt unser Dienstleister die versicherte Person bei seiner beruflichen Neuorientierung und Integration.

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 Rehabilitation

5.2.2.1 Hilfestellung bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellung 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

Angehörige bzw. die versicherte Person werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung, PKW oder Arbeitsplatz Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch unseren Dienstleister begleitet.

5.2.2. 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 den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt. Unser Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

Unser Dienstleister prüft, sofern es vom Versicherungsnehmer und der versicherten Person gewünscht wird, organisiert und setzt ein betriebliches Eingliederungsmanagement (bEm) auf der Grundlage des § 84, Abs. 2 SGB IX für die verunfallte Person um.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der 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 Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen incl. Übernahme des Antragsverfahrens bei Sozialversicherungsträgern und staatlichen Institutionen.

5.2.2.5 Interimsorganisation bei Schlüsselpositionen im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Sofern ein leitender Angestellter oder eine vergleichbare Führungskraft in einer Schlüsselposition (z. B. Vorstände, Geschäftsführer) einen Unfall erlitten hat, der unter die Voraussetzungen des großen Rehafalles fällt, organisiert unser Dienstleister im Wege eines Interimsmanagements zur zeitlichen Überbrückung des Personalausfalles eine qualifizierte Ersatzperson.

Die Kosten für das Engagement dieser Ersatzperson (Vermittlungsgebühren, Gehaltskosten, Integrationskosten etc.) übernehmen wir im Rahmen der finanziellen Beihilfe nach Ziffer 5.2.4 dieser Besonderen Bedingungen nicht.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer eine Keyperson-Absicherung vereinbart worden ist.

5.2.2.6 Psychologische Begleitung in besonderen Krisensituationen im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Sofern eine versicherte Person nachweislich in eine besondere Krisensituation mit einer Gefahr für Leib und Leben (darunter verstehen wir eine Entführung/Geiselnahme, eine Verwicklung in einen Krieg/Bürgerkrieg oder terroristische Handlung, eine Verwicklung in einen räuberischen Überfall) gekommen ist, übernehmen wir die Organisation einer psychologischen Begleitung/Soforthilfe. Ersetzt werden von uns auch die Kosten für die ersten 10 Sitzungen nach der besonderen Krisensituation.

5.2.2.7 Pflegeberatung

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

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörige, 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 Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person. Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfallereignis innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

5.2.4 Finanzielle Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder durch die Nutzung qualitativ hochwertiger Hilfsmittel ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen.

In der Gruppen-Unfallversicherung wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene RehaMaßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem Rehafall bereitgestellt.

5.2.4.1 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft), Haftpflichtversicherer, Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, gesetzlicher Rentenversicherer) verpflichtet ist, die Kosten für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder 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.

Versicherungsschutz für das ungeborene Leben

Erleidet eine schwangere versicherte Person einen Unfall im Sinne der GUB 2014 und kommt es in der Folge dieses Unfalles zu einer Totgeburt, so zahlen wir eine Todesfalleistung in Höhe von 5.000 EUR.

Bewusstseinsstörungen durch Medikamente

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2014 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 2014 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.

Unter den Versicherungsschutz fallen hierbei nicht die Gesundheitsschäden, die ausschließlich Folgen eines Schlaganfalls, Herzinfarkts, epileptischen Anfalls oder anderen Krampfanfalls und nicht Folge des Unfalls sind.

Passives Kriegsrisiko

Ziffer 4.1.3 GUB 2014 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 Ziffern 1.4.6 und 4.2.4 GUB 2014 gilt:

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

Vorschussleistung

In teilweiser Abänderung der Ziffer 11.4 GUB 2014 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. 151

Besondere Bedingungen für die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden

Die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden geht den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) und den Besonderen Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden vor.

Eigenbewegung

Ziffer 1.4.1 der GUB 2014 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.

Helmklausel

Abweichend von Ziffer 3.2 der GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 10.000 EUR.

Verlängerung der Invaliditätseintritts- und -geltendmachungfrist

In teilweiser Abänderung der Ziffer 2.1.1.1 der GUB 2014 gelten folgende Fristen:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 27 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Besondere Gliedertaxe

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 der GUB 2014 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 %
alle Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	70 %
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 %
eines Lungenflügels	30 %
der Milz	20 %
einer Niere	30 %
sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfallereignisses bereits verloren oder vollständig funktionsunfähig war	60 %
beider Nieren durch ein- und dasselbe Unfallereignis	100 %

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 2014). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.	

Gipsgeld

Ziffer 2.3.1 Absatz 3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Ist die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalls im Sinne der GUB 2014 aufgrund ärztlicher Anweisung gezwungen länger als 14 Tage einen Gipsverband (auch Hart- oder Kunstschäumverband) oder eine Schienung zu tragen, wird einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 500 EUR gezahlt, sofern ein Krankenhaus-Tagegeld versichert ist. Die Notwendigkeit des Gipsverbandes oder der Schienung ist mit einem Attest vom Arzt bei uns nachzuweisen.

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

Komageld

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Ist die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalls im Sinne der GUB 2014 in ein Koma gefallen, oder wird sie infolge eines Unfalls in ein künstliches Koma versetzt, so werden für den Zeitraum dieses Zustandes täglich 50 EUR, längstens jedoch für einen Zeitraum von 365 Tagen, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

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

Anrechnung der Vorinvalidität	<p>Ziffer 2.1.2.2.3 GUB 2014 wird wie folgt abgeändert:</p> <p>Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt (Vorinvalidität), 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.</p> <p>Waren das Gehör oder das Augenlicht vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird die Vorinvalidität nicht mindernd angerechnet, wenn die vorherige Beeinträchtigung durch akustische oder optische Hilfen (Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen etc.) beseitigt worden war und das Gehör oder das Augenlicht durch den Unfall nun vollständig verloren gegangen ist.</p>
Verkehrsmittel-Todesfall-Leistung	<p>Ziffer 2.5 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Ist über den Vertrag keine Todesfall-Leistung vereinbart, erbringen wir bei einem tödlichen Unfall als Fahrgast in einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus, Schiff, Flugzeug, Taxi) eine Todesfall-Leistung in Höhe von 5.000 EUR je versicherter Person.</p> <p>Die Verkehrsmittel-Todesfall-Leistung nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil. Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.</p>
Bergungskosten in der Unfallversicherung	<p>Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2014 gilt folgendes:</p> <p>Die versicherte Summe wird auf 30.000 EUR erhöht.</p>
Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung	<p>Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2014 gilt folgendes:</p> <p>Die versicherte Summe wird auf 30.000 EUR erhöht.</p>
Zahnbehandlungskosten für Backenzähne	<p>Ziffer 2.8.1 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Im Rahmen der für diesen Vertrag geltenden Versicherungssumme für die Leistung „Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung“, übernehmen wir Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten auch dann, soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder den Teilverlust von natürlichen Backenzähnen handelt. Die Regelung der Ziffer 2.8 Abs 2 der GUB 2014 bleibt hiervon unberührt.</p>
Zerstörung von Zahnersatz	<p>Ziffer 2.8.1 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Bei einer unfallbedingten Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stifzähne, Gebissen und Implantaten) übernehmen wir die Kosten für die Reparatur bzw. die Ersatzbeschaffung im Rahmen der über diesen Vertrag versicherten Summe der „Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung“ bis zu einer Höhe von 2.500 EUR. Die versicherte Person hat die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.</p>
Reha- und Kur-Beihilfe	<p>Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 oder 1.4 GUB 2014 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 oder Kur durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen. Die Reha- und Kur-Beihilfe wird einmal je Unfall in einer Höhe von 2.500 EUR gezahlt. Dabei wird Ziffer 5 der GUB 2014 berücksichtigt.</p> <p>Wird die Reha- oder Kurmaßnahme nach den zuvor genannten Voraussetzungen aufgrund der Nähe zum Wohnort der versicherten Person statt stationär ambulant oder teilstationär durchgeführt, wird die Reha- und Kur-Beihilfe in Höhe von 1.250 EUR gezahlt.</p> <p>Die Reha- und Kur-Beihilfe nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil. Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.</p>
Haushaltshilfegeld	<p>Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2014, 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Hat ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 oder 1.4 der GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2014 geführt, so übernehmen wir bis zur Höhe von 15.000 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.

Unter den gleichen Voraussetzungen stehen zusätzliche 15.000 EUR zur Verfügung für die Übernahme erforderlicher Kosten durch

- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahmen ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist
- den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes (als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist)
- die Einrichtung eines neuen behindertengerechten Arbeitsplatzes beim Versicherungsnehmer bzw. eines häuslichen Arbeitszimmers, sofern sich die versicherte Person und der Versicherungsnehmer gemeinsam dafür entscheiden
- den behindertengerechten Umbau des für diese versicherte Person vom Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellten Dienst-PKW.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht. Ist ein jeweiliger Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die erstmalige Neuanschaffung ersetzt.

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.

Heilkosten im Ausland

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr einen versicherten Unfall erlitten. Für die Behebung der Unfallfolgen sind der versicherten Person Heilkosten entstanden, die nicht durch ihren privaten oder öffentlich-rechtlichen Krankenversicherer erstattet werden. Wir leisten bis zu einem Maximalbetrag von 2.500 EUR Ersatz für nachgewiesene Arzthonore, Operationskosten, notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, Arzneien, künstliche Glieder und Verbandszeug ab einem Betrag von 50 EUR. Die Leistung wird je Unfallereignis nur einmal erbracht.

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.

Gebärdensprache und Blindenschrift

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Erleidet eine über diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Person einen versicherten Unfall und erleidet dabei einen vollständigen Verlust der Sehfähigkeit und/oder einen vollständigen Verlust der Hörfähigkeit, so übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für das Erlernen der Blindenschrift und / oder der Gebärdensprache bis zu einem Betrag von 2.500 EUR. Von der versicherten Person ist ein entsprechender ärztlicher Nachweis beizubringen.

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.

Pflegegeld

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Wird infolge eines über diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherten Unfalles für die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis mindestens die Pflegebedürftigkeit der Stufe I gemäß Sozialgesetzbuch festgestellt und ist die Einstufung in die Pflegestufe überwiegend auf das Unfallereignis zurückzuführen, so erbringen wir einmalig ein Pflegegeld in Höhe von 2.500 EUR je Unfallereignis.

Die Pflegebedürftigkeit ist uns durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung nachzuweisen. Einfachärztlicher Nachweis, dass die Einstufung in die Pflegestufe überwiegend auf das Unfallereignis zurückzuführen ist, ist uns ebenfalls beizubringen.

Das Pflegegeld nimmt nicht an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung bzw. einem gegebenenfalls vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil. Bestehen für die betroffene ver-

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

Passives Kriegsrisiko

Ziffer 4.1.3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz bis zu 21 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.

Psychische und nervöse Störungen

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.2.1 GUB 2014 gilt:

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die unmittelbar nach dem Unfall eintreten, besteht dann Versicherungsschutz, wenn und soweit diese Störungen ausschließlich auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine hierdurch neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Nicht durch organische Verletzungen entstandene Erkrankungen wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus bleiben ausgeschlossen.

Vorschussleistung

In teilweiser Abänderung der Ziffer 11.4 GUB 2014 gilt:

Bei schwerwiegenden Unfallverletzungen zahlen wir Ihnen vor Abschluss des Heilverfahrens einen sofortigen Vorschuss von mindestens 40 % der Summe, die sich aus der zu erwartenden unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) errechnet.

Nr. 152 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 225 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

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

Auf die Ziffer 19 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 153 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 300 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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:

- 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 vierfache Invaliditätssumme.

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

Auf die Ziffer 19 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 154 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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				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	104	64	170	77	235	90	300		

Auf die Ziffer 4 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 155

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %)

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme,
- 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
in %		in %		in %		in %		in %		in %	
26	29	39	81	52	141	65	245	78	358	91	501
27	33	40	85	53	149	66	253	79	369	92	512
28	37	41	89	54	157	67	261	80	380	93	523
29	41	42	93	55	165	68	269	81	391	94	534
30	45	43	97	56	173	69	277	82	402	95	545
31	49	44	101	57	181	70	285	83	413	96	556
32	53	45	105	58	189	71	293	84	424	97	567
33	57	46	109	59	197	72	301	85	435	98	578
34	61	47	113	60	205	73	309	86	446	99	589
35	65	48	117	61	213	74	317	87	457	100	600
36	69	49	121	62	221	75	325	88	468		
37	73	50	125	63	229	76	336	89	479		
38	77	51	133	64	237	77	347	90	490		

Auf die Ziffer 19 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 156

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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 von mindestens 75 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

Auf die Ziffer 19 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 157

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Ziffer 2.1 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, 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 von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

Auf die Ziffer 19 der GUB 2014 (Reduzierung der Versicherungssummen bei Vollendung des 70. Lebensjahres versicherter Personen) machen wir in diesem Zusammenhang aufmerksam.

Nr. 158

Besondere Bedingungen für die Keyperson-Absicherung im Rahmen einer betrieblichen Gothaer Gruppen-Unfallversicherung

Folgende Besondere Bedingungen ergänzen den Versicherungsschutz für die benannte versicherte Person aus der Gothaer Gruppen-Unfallversicherung, sofern eine Keyperson-Absicherung für diese Person vereinbart worden ist.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge / Leistungsblöcke in einer Gruppen-Unfallversicherung oder kommt es zu einem Zusammentreffen dieser Besonderen Bedingungen für die Keyperson-Absicherung mit einer Besonderen Bedingung für die UnfallTop 2014 für Unternehmernkunden, so können die nachfolgenden Leistungen nur aus einem dieser Verträge / Leistungsblöcke / Besonderen Bedingungen erbracht werden.

Besondere Bedingungen für das Rehamanagement

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Unser Rehamanagement navigiert und begleitet die verunfallte Keyperson durch das System der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer während des gesamten Genesungsprozesses. Ziel ist es, eine optimale Versorgungssituation zu schaffen, um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

1. Der Anspruch der versicherten Person auf das Rehamanagement

Die versicherte Person hat Anspruch auf Rehamanagement, wenn Sie aufgrund eines bedingungs-gemäßen Unfalls mindestens 14 Tage im Krankenhaus verweilen muss.

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

2. Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Dienstleister entbindet. Der beauftragte Dienstleister wird im Rahmen des Ersthilfetelefonats die versicherte Person nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

3. Bedarfserhebung und Voraussetzungen für das Rehamanagement

Hat die versicherte Person Anspruch auf Rehamanagement, so beauftragen wir einen spezialisierten Dienstleister mit der Erhebung eines Rehamanagement-Bedarfs.

Der Rehamanagement-Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der verunfallten 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.

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall für eine Erstversorgung in einer akut stationären Einrichtung, wird sich der Dienstleister einen ersten Überblick über die voraussichtliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit und deren Folgen für das versicherte Unternehmen verschaffen. Der Dienstleister nimmt einen telefonischen Kontakt zu der versicherten Person und dem Arbeitgeber auf und leitet einen ersten prognostischen Unterstützungsbedarf ab.

Aus den gesamten erhobenen Informationen leitet der Dienstleister den Unterstützungsbedarf ab, kategorisiert die Aufwände in einen kleinen oder großen Rehafall und leitet die entsprechenden Schritte ein.

Die Leistungen aus dem Rehamanagement erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen wurde.

Mit der Erbringung der Rehamanagement-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Gruppen-Unfallversicherungsvertrag nicht verbunden, da aus medizinischen / sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

4. Kleiner und großer Rehafall

4.1 Der kleine Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor, wenn der Rehamanagement-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird, die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen 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 der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird, wenn die versicherte Person nach einem mindestens 14tägigen Krankenhausaufenthalt für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird oder wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

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

oder die versicherte Person in eine besondere Krisensituation nach Ziffer 5.2.2.6 dieser Besonderen Bedingung gekommen ist.

5. Die Rehamanagement-Leistungen

5.1 Leistungen bei einem kleinen Rehafall

5.1.1 Rehabbetreuung

Im Rahmen der Rehabbetreuung 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 Rehaberatung

Den Angehörigen und der versicherten Person wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung 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 maximal 5 Behandlungen einer dieser therapeutischen Maßnahmen.

5.2 Leistungen bei einem großen Rehafall

5.2.1 Rehabbetreuung

Der 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. Kann aufgrund der Unfallfolgen die Arbeit am alten Arbeitsplatz nicht mehr aufgenommen werden, unterstützt unser Dienstleister die versicherte Person bei seiner beruflichen Neuorientierung und Integration.

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
- Leistungskordinierung 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 Rehaberatung

5.2.2.1 Hilfestellung bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellung 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

Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung, PKW oder Arbeitsplatz Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch unseren 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 den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt. Unser Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

Unser Dienstleister prüft, sofern es vom Versicherungsnehmer und der versicherten Person gewünscht wird, organisiert und setzt ein betriebliches Eingliederungsmanagement (bEm) auf der Grundlage des § 84, Abs. 2 SGB IX für die verunfallte Person um.

Ist aufgrund der Unfallfolgen die Wiederaufnahme der vor dem Unfall ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht möglich, so vermittelt der 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 Dienstleister deren Umsetzung im Unternehmen incl. Übernahme des Antragsverfahrens bei Sozialversicherungsträgern und staatlichen Institutionen.

5.2.2.5 Interimsorganisation bei Keyperson im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Sofern eine versicherte Keyperson einen Unfall erlitten hat, der unter die Voraussetzungen des großen Rehafalles fällt, organisiert unser Dienstleister im Wege eines Interimsmanagements zur zeitlichen Überbrückung des Personalausfalles eine qualifizierte Ersatzperson.

Die Kosten für das Engagement dieser Ersatzperson (Vermittlungsgebühren, Gehaltskosten, Integrationskosten etc.) übernehmen wir im Rahmen der finanziellen Beihilfe nach Ziffer 5.2.4 dieser Besonderen Bedingungen nicht. Voraussetzung für die Leistung ist, dass zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer eine Keyperson-Absicherung vereinbart worden ist.

5.2.2.6 Psychologische Begleitung in besonderen Krisensituationen im Rahmen der Gruppen-Unfallversicherung

Sofern eine versicherte Person nachweislich in eine besondere Krisensituation mit einer Gefahr für Leib und Leben (darunter verstehen wir eine Entführung/Geiselnahme, eine Verwicklung in einen Krieg/Bürgerkrieg oder terroristische Handlung, eine Verwicklung in einen räuberischen Überfall) gekommen ist, übernehmen wir die Organisation einer psychologischen Begleitung/Soforthilfe. Ersetzt werden von uns auch die Kosten für die ersten 10 Sitzungen nach der besonderen Krisensituation.

5.2.2.7 Pflegeberatung

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

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörige, 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 Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person. Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfallereignis innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

5.2.4 Finanzielle Beihilfen

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder durch die Nutzung qualitativ hochwertigere Hilfsmittel ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen.

In der Gruppen-Unfallversicherung wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene RehaMaßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem RehaFall bereitgestellt. Der genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

5.2.4.1 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer (Berufsgenossenschaft), Haftpflichtversicherer, Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, gesetzlicher Rentenversicherer) verpflichtet ist, die Kosten für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder 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.

Besondere Bedingungen für die Kostenübernahme behinderungsbedingter Mehraufwendungen (Umbaukosten)

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Hat ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 oder 1.4 der GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2014 geführt, so übernehmen wir bis zur Höhe von 15.000 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 und
- Prothesen und Hilfsmittel.

Diese Leistungen kann nur die versicherte Person bei uns geltend machen.

Unter den gleichen Voraussetzungen stehen zusätzliche 15.000 EUR zur Verfügung für die Übernahme erforderlicher Kosten durch

- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist
- den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes (als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist)
- die Einrichtung eines neuen behindertengerechten Arbeitsplatzes beim Versicherungsnehmer bzw. eines häuslichen Arbeitszimmers, sofern sich die versicherte Person und der Versicherungsnehmer gemeinsam dafür entscheiden
- den behindertengerechten Umbau des für diese versicherte Person vom Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellten Dienst-PKW.

Diese Leistungen können nur der Versicherungsnehmer und die versicherte Person gemeinsam bei uns geltend machen.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht. Ist ein jeweiliger Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die erstmalige Neuanschaffung ersetzt. 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 / Leistungsblöcke in einer Gruppen-Unfallversicherung, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge / Leistungsblöcke erbracht werden. Der oben genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Kostenübernahme des Erlernens der Gebärdensprache und / oder der Blindenschrift

Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Erleidet eine über diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Keyperson einen versicherten Unfall und erleidet dabei einen vollständigen Verlust der Sehfähigkeit und/oder einen vollständigen Verlust der Hörfähigkeit, so übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für das Erlernen der Blindenschrift und/oder der Gebärdensprache bis zu einem Betrag von 2.500 EUR. Von der versicherten Person ist ein entsprechender ärztlicher Nachweis beizubringen. Diese Leistung kann nur die versicherte Person bei uns geltend machen.

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 / Leistungsblöcke in einer Gruppen-Unfallversicherung, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge / Leistungsblöcke erbracht werden. Der oben genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

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 Kreditkartenspernung

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.

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

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