

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Unfallversicherung für Privatkunden

Stand: GUB 2014 – 02.2014

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),

und soweit vereinbart

- die Gothaer UnfallTop 2014
- die PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014
- der Baustein CuraPlus
- Besondere und Zusatzbedingungen

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

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

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

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

Ihre
Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Das Inhaltsverzeichnis

	Seite
Produktinformationsblatt	3
Allgemeine Kundeninformationen	6
Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014)	9
Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen	27
Baustein CuraPlus	28
Gothaer UnfallTop 2014	35
PlusDeckung zu den Gothaer UnfallTop 2014	40
Besondere Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus 2014	42
Anhang	
Information zum Gothaer Garantie Paket	58
Information zu Ihren Extra-Services	59

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, die Gothaer UnfallrentePlus (**bitte beachten Sie hierzu den speziellen Hinweis**), Leistungen bei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Tagegeld), bei einem Krankenhausaufenthalt (Krankenhaustagegeld) oder im Todesfall sowie über den Baustein CuraPlus, Hilfs- und Pflegeleistungen (**bitte beachten Sie auch hierzu einen speziellen Hinweis**).

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.

Spezieller Hinweis zur Gothaer UnfallrentePlus

Der Versicherungsschutz im Rahmen der Gothaer UnfallrentePlus umfasst Unfälle und schwere Krankheiten, die der versicherten Person zustoßen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die im Vorschlag oder Antrag genannte versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht, stürzt oder sich sonst verletzt oder von anderen verletzt wird. **Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte auch hier der Ziffer 1 der GUB 2014.**

Ein versicherter Krankheitsfall liegt vor, wenn bei der im Vorschlag oder Antrag genannten versicherten Person eine irreversible Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einzelner Organe (z. B. Gehirn/Zentrales Nervensystem, Herz, Lunge, Leber oder Niere), eine Krebserkrankung, der Verlust definierter Grundfähigkeiten oder eine Pflegebedürftigkeit eintritt.

Die Einzelheiten des Versicherungsschutzes der Gothaer UnfallrentePlus sind in den „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)“ geregelt, die zusätzlich zu den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) gelten und diesen vorgehen.

Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)“ beinhalten in Ziffer 10 spezielle Ausschlüsse von dem dort beschriebenen Versicherungsschutz. Diese Ausschlüsse gehen den Ausschlüssen der Ziffern 4.1 und 4.2 der GUB 2014 vor, ändern diese teilweise ab oder dehnen sie begrenzt auf die Leistungen der Gothaer UnfallrentePlus aus.

Besonders hinweisen möchten wir Sie auf die **Ziffer 15** der „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)“, die zum Inhalt hat, wie sich die Beitragssätze für die Gothaer UnfallrentePlus mit dem Lebensalter der versicherten Person entwickeln.

Spezieller Hinweis zum Baustein CuraPlus (Hilfs- und Pflegeleistungen)

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

Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum

Beitrag (inkl. Versicherungsteuer 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 jeweiligen **Fälligkeit** entnehmen Sie bitte ebenfalls dem Vorschlag.

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

Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen

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

Sofern Sie uns 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 Bewusstseinsstörungen ausgelöst werden, soweit diese auf der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente beruhen.

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

Hierzu machen wir 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 Todesfallleistung

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

Informationen zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**
(Identität des Versicherers)

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht und Registernummer Amtsgericht Köln, HRB 21433
Versicherungsteuer Nr. I 9116 / 810 / 00420

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

Postanschrift 50598 Köln

- **Ladungsfähige Anschrift**

Hausanschrift
Gothaer Allee 1
50969 Köln

- **Niederlassungen im Inland**

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

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

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

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

- **Hauptgeschäftstätigkeit**

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

Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

– **Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Laufzeit, 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 besondere Bestimmungen gelten oder anders lautende Vereinbarungen getroffen werden.

Zahlweise

- **Erstbeitrag** Ihre Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt.
- **Folgebeitrag** Ihre Zahlung von Folgebeiträgen gilt als rechtzeitig, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet wird.
- **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.
- **Ratenzahlung** Sie können mit uns grundsätzlich einmalige, jährliche, 1/2-jährliche, 1/4-jährliche oder monatliche Beitragszahlungen vereinbaren, wobei Zuschläge für Ratenzahlungen berechnet werden können.

Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014)

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**
- 3 **Generell ohne Mehrbeitrag versicherte Leistungen**
 - 3.1 **Versorgung des Partners**
 - 3.2 **Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen**
 - 3.3 **Rooming-In**
 - 3.4 **Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers**
 - 3.5 **Doppelte Todesfalleistung bei Vollwaisen**
- 4 **In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 5 **Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person?**
- 6 **Nicht versicherbare Personen**
- 7 **Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 8 **Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei Wehr-/ Zivildienst?**

Der Leistungsfall

- 9 **Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?**
- 10 **Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 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-Last-Schriftmandat
 - 13.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
 - 13.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 13.7 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 **Umstellung des Vertrags auf den Seniorentarif**

Versicherungsumfang

1

- 1.1 Was ist versichert?** Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Wo und wann gilt der Versicherungsschutz?** Der Versicherungsschutz 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 **voraussichtlich länger als drei Jahre** bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt 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 Tagegeld abgestuft nach dem Ausmaß der ärztlich festgestellten Beeinträchtigung der Berufstätigkeit.

Hierzu ein Beispiel:

Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des 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. Hat die versicherte Person für Kosten nach 2.6.1. a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.
- 3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (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.
- 4. Bestehen für den Versicherten bei der Gothaer Allgemeine Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die beitragsfrei mitversicherten Bergungskosten in Höhe von 10.000 EUR nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

- 1. Soweit keine abweichende Summe vereinbart ist, gilt im Rahmen der nachstehenden Bedingungen eine Summe von 10.000 EUR versichert.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

- 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. 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 Versorgung des Partners

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

3.2 Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen, Adoptivkindern, Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern

Ihre während der Laufzeit des Vertrages geborenen oder von Ihnen adoptierten noch minderjährigen Kinder gelten beitragsfrei ab vollendeter Geburt bzw. ab dem Zeitpunkt der Rechtsgültigkeit der Adoption bis zur nächsten Stammfälligkeit mitversichert.

Gehen Sie während der Laufzeit des Vertrages eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ein, so ist ab dem Zeitpunkt der Eheschließung oder der rechtsgültigen Eintragung der Lebenspartnerschaft Ihr Ehe- oder Lebenspartner bis zur nächsten Stammfälligkeit mitversichert.

Die Versicherungssummen betragen 30.000 EUR für den Invaliditätsfall und 5.000 EUR für den Todesfall.

3.3 Rooming-in

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2014, der sich vor der Vollendung des 12. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

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

3.4 Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers

- 3.4.1 Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- 3.4.2 Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das gemäß Ziffer 3.4.1 der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich unsere Leistungen nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.
- 3.4.3 In Ergänzung der Ziffern 12.2 bis 12.3 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) gilt folgendes:
- a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
 - b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt Absatz a) außer Kraft.
- Der vorstehende Satz gilt nicht für das unfallbedingte Ableben des Versicherungsnehmers im Rahmen der Frist von sieben Tagen gemäß Ziffer 4.1.3 Absatz 2 Satz 1 und 2.

3.5 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.

3.6 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

3.7 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 zustößt.

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.

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, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach 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 Teilregion 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 Vertragsamateure aus dem Bereich des Motorsports ist.
- 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.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

4.3 Spezielle Ausschlüsse bei Vereinbarung der Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)

Die Ziffer 10 der Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus sieht spezielle Ausschlüsse von dem dort beschriebenen Versicherungsschutz vor. Diese Ausschlüsse gehen den Ausschlüssen der Ziffern 4.1 und 4.2 der GUB 2014 vor, ändern diese teilweise ab oder dehnen sie begrenzt auf die Leistungen der Gothaer UnfallrentePlus aus.

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 4 Gefahrengruppen. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags.

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)
- Masseure
- Optiker
- Pensionsbesitzer, Pflegepersonal (nicht in Nervenheilstätten)
- Rechtsanwälte, Richter
- Schneider
- Uhrmacher
- Zahnärzte

Gefahrengruppe B

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

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

Gefahrengruppe S

- Alle weiblichen und männlichen Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.

Gefahrengruppe Kinder

- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

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

Unser vollständiges Berufsgruppenverzeichnis 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, Berufstauer, Rennreiter (Jockey), Personenschützer, Stuntmen

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

- 8.1 Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungsschutz weiter.
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 8.2 Der Versicherungsschutz ruht, sobald die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- 8.3 Leistet die versicherte Person Pflichtwehrdienst oder Zivildienst oder nimmt sie an militärischen Reserveübungen teil, ist eine Mitteilung nach Ziffer 7 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 uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tode des Versicherten und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 9.6 Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben dem Versicherungsnehmer nach Maßgabe des § 47 VVG 2008 auch der Versicherte verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in seiner Person entstehen können (auch im Hinblick auf Ziffer 14 GUB 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 Unfallhergangs und der Unfallfolgen
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

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

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

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

Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

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

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

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

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

- 11.5 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich 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 Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

12.3

Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch schriftliche Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu 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

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 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

13.2

Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

13.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste 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.

13.7

Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2

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

Weitere Bestimmungen

14

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

14.1 Fremdversicherung

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

14.1.2 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

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

15.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

15.2 Rücktritt

15.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

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

15.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

15.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

15.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.4 Anfechtung

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

- 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 19.2 entsprechende Anwendung.
- 18.4 Wird der Versicherungsvertrag durch einen Makler betreut, ist dieser bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervvertrag verpflichtet, diese unverzüglich an uns weiterzuleiten.

**19
Umstellung des Vertrags
auf den Seniorentarif**

- 19.1 Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Ab dem hierauf folgenden Versicherungsjahr ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem für dieses Lebensalter gültigen Tarif der Gothaer für Senioren (Gefahrengruppe S) ergibt.
- Sie werden von uns spätestens einen Monat vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, über den veränderten Beitrag unterrichtet. Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- Mit der Hauptfälligkeit, die auf das vollendete 68. Lebensjahr folgt, und mit jeder weiteren darauf folgenden Hauptfälligkeit, werden die zugrundeliegenden Beitragssätze um jeweils 3 % angehoben und kaufmännisch gerundet. Basis der Anhebung sind die Beitragssätze, die in dem vorhergehenden Versicherungsjahr galten.
- Bitte entnehmen Sie die Entwicklung der Beitragssätze vom vollendeten 67. bis zum 84. Lebensjahr der nachstehenden Tabelle:

In den nachstehenden Beitragstabellen arbeiten wir mit Abkürzungen für die Leistungsarten. Bitte entnehmen Sie hier, für welche Leistungsart welche Abkürzung steht:

Abkürzung	Leistungsart
UI	Lineare Invalidität
UIP 350	Invalidität mit 350 %iger Progression (Besondere Bedingungen Nr. 62)
UIP 600 %	Invalidität mit 600 %iger Progression (Besondere Bedingungen Nr. 82)
UT	Todesfalleistung
UKT	Krankenhaustagegeld
GG	Genesungsgeld
TGsp	Tagegeld Spezial (Besondere Bedingungen Nr. 69)

ohne Integralfranchise

Alter	UI je 1.000 EUR	UIP350 je 1.000 EUR	UIP600 je 1.000 EUR	UT je 1.000 EUR	UKT je 1 EUR	GG je 1 EUR	TGsp je 1 EUR
67	0,76	1,09	1,37	0,78	0,49	0,48	4,07
68	0,78	1,12	1,41	0,80	0,50	0,49	4,19
69	0,80	1,15	1,45	0,82	0,52	0,51	4,32
70	0,82	1,18	1,49	0,84	0,54	0,53	4,45
71	0,84	1,22	1,54	0,87	0,56	0,55	4,58
72	0,87	1,26	1,59	0,90	0,58	0,57	4,72
73	0,90	1,30	1,64	0,93	0,60	0,59	4,86
74	0,93	1,34	1,69	0,96	0,62	0,61	5,01
75	0,96	1,38	1,74	0,99	0,64	0,63	5,16
76	0,99	1,42	1,79	1,02	0,66	0,65	5,31
77	1,02	1,46	1,84	1,05	0,68	0,67	5,47
78	1,05	1,50	1,90	1,08	0,70	0,69	5,63
79	1,08	1,55	1,96	1,11	0,72	0,71	5,80
80	1,11	1,60	2,02	1,14	0,74	0,73	6,03
81	1,14	1,65	2,08	1,17	0,76	0,75	6,21
82	1,17	1,70	2,14	1,21	0,78	0,77	6,37
83	1,21	1,75	2,20	1,25	0,80	0,79	6,56
84	1,25	1,80	2,27	1,29	0,82	0,81	6,76

mit Integralfranchise (siehe Besondere Bedingungen Nr. 98)

Alter	UI je 1.000 EUR	UIP350 je 1.000 EUR	UIP600 je 1.000 EUR	UT je 1.000 EUR	UKT je 1 EUR	GG je 1 EUR	TGsp je 1 EUR
67	0,63	0,91	1,14	0,65	0,41	0,40	4,07
68	0,65	0,94	1,17	0,67	0,42	0,41	4,19
69	0,67	0,97	1,21	0,69	0,43	0,42	4,32
70	0,69	1,00	1,25	0,71	0,44	0,43	4,45
71	0,71	1,03	1,29	0,73	0,45	0,44	4,58
72	0,73	1,06	1,33	0,75	0,46	0,45	4,72
73	0,75	1,09	1,37	0,77	0,47	0,46	4,86
74	0,77	1,12	1,41	0,79	0,48	0,47	5,01
75	0,79	1,15	1,45	0,81	0,49	0,48	5,16
76	0,81	1,18	1,49	0,83	0,50	0,49	5,31
77	0,83	1,22	1,53	0,85	0,52	0,51	5,47
78	0,85	1,26	1,58	0,87	0,54	0,53	5,63
79	0,88	1,30	1,63	0,89	0,56	0,55	5,80
80	0,91	1,34	1,68	0,92	0,58	0,57	6,03
81	0,94	1,38	1,73	0,95	0,60	0,59	6,21
82	0,97	1,42	1,78	0,98	0,62	0,61	6,37
83	1,00	1,46	1,83	1,01	0,64	0,63	6,56
84	1,03	1,50	1,88	1,04	0,66	0,65	6,76

Auch für die Lebensalter 85 bis 125 steigen die Beitragssätze weiter um 3 % und werden kaufmännisch gerundet. Die kompletten Tabellen, sie umfassen dann die Beitragssätze der Lebensalter 67 bis 125, senden wir Ihnen auf Anforderung gerne zu.

- 19.2 Nach der bedingungsgemäßen Umstellung des Vertrags auf den Tarif der Gothaer für Senioren im Sinne der Ziffer 19.1 bieten wir für folgende Leistungsarten keinen Versicherungsschutz mehr:
- Invaliddität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invalidditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“
 - Invaliddität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invalidditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72] in Verbindung mit der progressiven Invalidditätsstaffel (350 %) im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invalidditätsstaffel (350 %) [Nr. 62]“
 - die Invalidditätsrente bis 67 im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invalidditätsrente bis 67 (Nr. 105)
 - die Gothaer UnfallrentePlus im Sinne der „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)“
 - Unfalltagegeld ab 1., 8. 15., 29. oder 43. Tag

War für die versicherte Person vor der Umstellung auf den Tarif der Gothaer für Senioren **eine Invalidditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin** im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invalidditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ versichert, so wird die Versicherungssumme, die für diese Leistung galt, im Rahmen einer Invalidditätsleistung ohne Progression im Sinne der Ziffer 2.1 weitergeführt.

Hierzu ein Beispiel:

*Die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, geltende Versicherungssumme für **UIVGT** beträgt 100.000 Euro.*

*Die Versicherungssumme von 100.000 Euro wird dann als Versicherungssumme einer einfachen, linearen Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen übernommen. Die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (**UIVGT**) [Nr. 72]“ gelten für die betreffende versicherte Person **dann nicht mehr**.*

War für die versicherte Person vor der Umstellung auf den Tarif der Gothaer für Senioren **eine Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin** im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ **in Verbindung** mit der progressiven Invaliditätsstaffel (350 %) im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %) [Nr. 62]“ versichert, so entfällt mit der Umstellung die verbesserte Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT).

Hierzu ein Beispiel:

Die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, geltende Basisversicherungssumme beträgt 100.000 Euro. Die Leistung bei Vollinvalidität (Invaliditätsgrad von 100 %) beträgt 350.000 Euro.

*Die Basisversicherungssumme von 100.000 Euro wird dann als Basisversicherungssumme einer Invalidität mit der progressiven Invaliditätsstaffel (350 %) im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %) [Nr. 62]“ übernommen. Die Leistung bei Vollinvalidität (Invaliditätsgrad von 100 %) beträgt dann nach wie vor 350.000 Euro. Die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (**UIVGT**) [Nr. 72]“ **gelten** für die betreffende versicherte Person **dann nicht mehr**.*

War für die versicherte Person vor der Umstellung auf den Tarif der Gothaer für Senioren die Invaliditätsrente bis 67 im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsrente bis 67 (Nr. 105)“ versichert, so wird eine Invaliditätsversicherungssumme für eine einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 der GUB 2014 aus dem Jahresbeitrag, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzlicher Versicherungsteuer errechnet. Die errechnete Versicherungssumme dient dann der Erhöhung der Versicherungssumme, die für eine einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 der GUB 2014 bereits Vertragsbestandteil ist. Ist eine solche einfache, lineare Invalidität nicht Vertragsbestandteil, so wird sie es, mit der aus dem Jahresbeitrag, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzlicher Versicherungsteuer, errechneten Versicherungssumme.

Auch hierzu ein Beispiel:

Die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, geltende monatliche Invaliditätsrente bis 67 beträgt 1.000 Euro. Der Jahresbeitrag beträgt, ohne eventuelle Ratenzuschläge und ohne gesetzliche Versicherungsteuer, 52,00 EUR.

Der angenommene Beitragssatz für die einfache, lineare Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Bedingungen beträgt für die Gefahrengruppe Senioren (S) in diesem Beispiel 0,63 ‰ (je 1.000 EUR Versicherungssumme).

Die Versicherungssumme errechnet sich wie folgt:

$$52,00 \text{ EUR} / 0,63 \text{ ‰} = 82.539 \text{ EUR}$$

Für die übrigen Leistungsarten

- Invalidität mit Progression 350 % (Besondere Bedingungen Nr. 62)
- Invalidität mit Progression 600 % (Besondere Bedingungen Nr. 82)
- Invaliditätsrente lebenslang (Besondere Bedingungen Nr. 96)
- Todesfallleistung
- Unfallkrankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld Spezial (Besondere Bedingungen Nr. 69)
- Bergungskosten
- Kosmetische Operationen

gelten die Versicherungssummen, die zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, gültig sind, fort.

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. 62 (U 2074) 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 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 dreifache Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

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

Nr. 69 Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial

Ziffer 2 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) wird wie folgt erweitert:

- 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.
- Das Tagegeld wird längstens für 6 Monate, vom Unfalltag 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

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

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

Nr. 95

Besondere Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus

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

Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus“ ergänzen die Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014).

Der Versicherungsumfang

Organisation und Übernahme von Hilfeleistungen

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

Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 der GUB 2014 erlitten und ist aufgrund des Unfalls hilfebedürftig. Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie für die Verrichtungen des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch den Dienstleister vor Ort festgestellt. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

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

Dauer der Leistungen

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

Umfang der Leistung

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

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

Die einzelne Leistung wird nachfolgend beschrieben.

Erstgespräch	Der Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.
Hausnotrufdienst	Der versicherten Person wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.
Mahlzeitendienst	Die versicherte Person erhält nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment sieben Hauptmahlzeiten pro Woche. Die Menüs werden täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.
Wohnungsreinigung	Einmal in der Woche wird bei Bedarf der übliche Lebensbereich der Wohnung (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 3 Stunden betragen.
Besorgungen und Einkäufe	Einmal in der Woche werden bei Bedarf für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z.B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 2 Stunden betragen.
Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung	Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege. Der Zeitaufwand hierfür kann jeweils bis zu 4 Stunden betragen.
Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien	Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.
Pfleges Schulung für Angehörige	Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.
Grundpflege	Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 2 Stunden täglich betragen.
24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten	Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischickt. Dies gilt für die Dauer von 4 Wochen.
Pflegeberatung	Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 3 Stunden betragen.
Vermittlung von Pflegehilfsmitteln	Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Tag- und Nachtwache	Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
Vermittlung einer Tierbetreuung	Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen	Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung des Umbaus der Wohnung	Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungsleistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.
Versorgung von Angehörigen der versicherten Person	<p>Handelt es sich bei der hilfebedürftigen versicherten Person um die Person, die den Haushalt versorgt oder mitversorgt, so werden die nachfolgenden Leistungen bei Bedarf auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, der eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, Kinder [als Kinder gelten die leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder]) erbracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeitendienst • Wohnungsreinigung • Besorgungen und Einkäufe • Waschen und Pflegen der Wäsche
Rehamanagement	<p>Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>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.</p> <p>1. Der Anspruch der versicherten Person auf Rehamanagement</p> <p>Die versicherte Person hat Anspruch auf Rehamanagement, wenn sie aufgrund eines Unfallereignisses im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 mindestens 14 Tage zur Akutbehandlung im Krankenhaus verweilen muss.</p> <p>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.</p> <p>2. Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige von Heilberufen • Krankenhäuser und Kliniken • Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen <p>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.</p> <p>3. Bedarfserhebung und Voraussetzungen für das Rehamanagement</p> <p>Hat die versicherte Person Anspruch auf Rehamanagement, so beauftragen wir den Dienstleister mit der Erhebung eines Rehamanagement-Bedarfs.</p> <p>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. Aus dem erhobenen Rehamanagement-Bedarf leitet der Dienstleister ab, ob es sich um einen kleinen oder großen Rehafall handelt und leitet die entsprechenden Schritte ein.</p> <p>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.</p> <p>Mit der Erbringung der Rehamanagement-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem 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.</p> <p>4. Kleiner und großer Rehafall</p> <p>4.1 Der kleine Rehafall</p> <p>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.</p> <p>4.2 Der große Rehafall</p> <p>Ein großer Rehafall liegt vor, wenn der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird, wenn die versicherte Person aus dem Krankenhaus noch für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird oder wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).

5. Die Rehamanagement-Leistungen

5.1 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem kleinen Rehafall

5.1.1 Die Rehabetreuung

Im Rahmen der Rehabetreuung erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung) mit der versicherten Person und mit den behandelnden Ärzten.

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

5.1.2 Die Rehaberaturg

Den Angehörigen wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten 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 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem großen Rehafall

5.2.1 Die Rehabetreuung

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 (Krankenhausentlassung) und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

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

5.2.2 Die Rehaberaturg

5.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine 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 oder KFZ Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Dienstleister begleitet.

5.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

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

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

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

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

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

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

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

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

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.

5.2.2.6 Pflegeberatung

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

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

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.

Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene RehaMaßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem RehaFall bereitgestellt.

5.2.5 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.

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. 98

Besondere Bedingungen für die Integralfranchise zur Senioren-Unfallversicherung

Führt ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) nach der Ziffer 2.1 GUB 2014 unter Berücksichtigung der Ziffer 5 GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 26 %, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

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

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
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. 101

Besondere Bedingungen für die Gothaer UnfallTop 2014 für Privatkunden

Die Besonderen Bedingungen zu den Gothaer Unfall Top 2014 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 Unfall Top 2014 gehen den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) vor und erweitern diese.

**Erhöhte
Kraftanstrengungen**

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 Tauchvorgangs 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 Infektions-
krankheiten
(IMMUN-Klausel)**

Ziffer 1.4.4 der GUB 2014 wird um folgende Krankheiten erweitert, ohne dass hier die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen:

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

**Verlängerung der Inva-
liditätseintritts- und
geltendmachungsfrist**

In teilweiser Abänderung der Ziffer 2.1.1.1 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 3.6 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 2.500 EUR.

Besondere Gliedertaxe

In teilweiser Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 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 %
	aller 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.

Krankenhaus-Tagegeld bei Gipsungen und Schienungen

Ziffer 2.3.1 Absatz 3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

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

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

Verlängerte Zahlung Krankenhaus-Tagegeld

Ziffer 2.3.2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

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

Doppeltes Krankenhaus-Tagegeld im Ausland

Ist im Vertrag ein Krankenhaus-Tagegeld versichert, so wird Ziffer 2.3.2 der GUB 2014 wie folgt erweitert:

Ereignet 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.

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

Ist Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4 GUB 2014 vereinbart, so wird nur das einfache Genesungsgeld ausgezahlt.

Verlängerte Zahlung Genesungsgeld

Ziffer 2.4.2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

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

Bergungskosten in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 20.000 EUR.

Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 20.000 EUR.

Nachhilfeunterricht

Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Für die im Rahmen des Vertrages versicherten Kinder, also für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, zahlen wir für jeden Tag, an dem ein versichertes Kind unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen kann, die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht in Höhe von 30,00 EUR für maximal 50 Schultage!

Komageld

Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls im Sinne der GUB 2014 in ein Koma oder wird sie infolge eines Unfalls in ein künstliches Koma versetzt, so werden für den Zeitraum dieses Zustandes täglich 20,00 EUR gezahlt, längstens jedoch für 30 Tage, vom Unfalltag an gerechnet.

Reha-Beihilfe

Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall im Sinne der Ziffern 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 durchgeführt.

Diese Voraussetzungen sind von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Reha-Beihilfe wird einmal je Unfall in einer Höhe von 1.000 Euro gezahlt. Dabei wird Ziffer 5 der GUB 2014 berücksichtigt.

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

Haushaltshilfegeld

Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne der 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.

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

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

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

Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Die Ziffer 2 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Hat ein Unfallereignis im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach den Ziffern 2.1.1., und 2.1.2. 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
- Maßnahmen zur beruflichen Umschulung, sofern diese Maßnahme ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen ist.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, so können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

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

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

Psychologische Soforthilfe nach räuberischem Überfall / Geiselnahme

Die Ziffer 2 GUB 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.

Rehamanagement

Die 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 Rehamanagement

Die versicherte Person hat Anspruch auf Rehamanagement, wenn sie aufgrund eines Unfallereignisses im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 mindestens 14 Tage zur Akutbehandlung 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 den 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. Aus dem erhobenen Rehamanagement-Bedarf leitet der Dienstleister ab, ob es sich um einen kleinen oder großen Rehafall handelt 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 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 aus dem Krankenhaus 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).

5. Die Rehamanagement-Leistungen

5.1 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem kleinen Rehafall

5.1.1 Die Rehabilitation

Im Rahmen der Rehabilitation erfolgt ein regelmäßiger telefonischer Kontakt (Verlaufsbegleitung) mit der versicherten Person und mit den behandelnden Ärzten.

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

5.1.2 Die Rehabilitation

Den Angehörigen wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten 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 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem großen Rehafall

5.2.1 Die 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 (Krankenhausentlassung) und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

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

5.2.2 Die Rehaberatung

5.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitationsberatung

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

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

5.2.2.2 Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, Wohnung oder KFZ Kontakte zu Spezialisten vermittelt und bei Notwendigkeit alle Umbaumaßnahmen durch den Dienstleister begleitet.

5.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

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

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

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

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

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

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

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräch mit den Trägern der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialleistungseinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt.

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitationsplan.

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.

5.2.2.6 Pflegeberatung

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

5.2.3 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

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.

Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene Rehamaßnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro je großem Rehafall bereitgestellt.

5.2.5 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 Unfalls zu einer Totgeburt, so zahlen wir eine Todesfallleistung in Höhe von 5.000 Euro.
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2014 gilt:</p> <p>Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden, gelten als mitversichert.</p> <p>(Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Gefahrengruppe Senioren, also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.)</p>
Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2014 gilt:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>(Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Gefahrengruppe Senioren, also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.)</p>
Erweitertes Kriegsrisiko	<p>Ziffer 4.1.3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz bis zu 14 Tagen.</p> <p>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.</p>
Vergiftungen	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffern 1.4.6 und 4.2.4 GUB 2014 gilt:</p> <p>Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von für Personen schädlichen Stoffen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind, entstehen, gelten als mitversichert.</p>
Einschränkung der Leistung	<p>In Abänderung der Ziffer 5 GUB 2014 gilt:</p> <p>Die Leistungen werden nur dann gekürzt, wenn der Mitwirkungsanteil mindestens 45 % beträgt.</p>
Vorschussleistung	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 11.4 GUB 2014 gilt:</p> <p>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.</p>

Nr. 102

PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 für Privatkunden

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

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

Eigenbewegung	<p>Ziffer 1.4.1 GUB 2014 wird wie folgt abgeändert und erweitert:</p> <p>Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein Gelenk verrenkt wird, • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden, • Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden, • Knochenbrüche entstehen. <p>Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.</p> <p>(Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Gefahrengruppe Senioren, also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.)</p>
Allergische Reaktionen	<p>Ziffer 1.4.4 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Mitversichert sind auch die nicht infektiös bedingten Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.</p> <p>Die Ziffer 5 GUB 2014 „Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen“, nach der die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, wird für diese Erweiterung ausdrücklich nicht angewendet.</p>
Helmklausel	Abweichend von Ziffer 3.6 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 10.000 EUR.

Verlängerung der Invaliditätseintritts- und geltendmachungsfrist

In teilweiser Abänderung der Ziffer 2.1.1.1 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 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 %
aller 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.

Bergungskosten in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.6.1 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 30.000 EUR.

Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Abweichend von Ziffer 2.7.1 GUB 2014 beträgt die versicherte Summe 30.000 EUR.

Zahlung der Kosten für kosmetische Operationen nach krebserkrankten Operationen

Ziffer 2.7 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:

Nach krebserkrankten Operationen, bei denen bei einer weiblichen versicherten Person **eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) abgenommen wurden**, zahlen wir im Rahmen der über diesen Vertrag versicherten Summe der Kosten für kosmetische Operationen die Kosten für **kosmetische oder plastische Brustoperationen** bis zu einer Summe von 5.000 EUR.

Der Versicherungsschutz beginnt abweichend von Ziffer 12.1 GUB 2014 nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die Wartezeit startet ab dem im Versicherungsschein dokumentierten Vertragsbeginn bzw. bei bestehenden Verträgen mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt des Einschusses der PlusDeckung zur Gothaer UnfallTop 2014 in den Vertrag. Krebserkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben hierbei unberücksichtigt.

(Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Gefahrengruppe Senioren, also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.)

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.</p> <p>Die Regelung der Ziffer 2.8 Abs 2 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, Stiftzähnen, 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 bis zu einer Höhe von 2.500 EUR.</p> <p>Die versicherte Person hat die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.</p> <p>Die Regelung der Ziffer 2.8 Abs 2 GUB 2014 bleibt hiervon unberührt.</p>
Haushaltshilfegeld	<p>Die 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 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>
Erweitertes Kriegsrisiko	<p>Ziffer 4.1.3 GUB 2014 wird wie folgt erweitert:</p> <p>Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz bis zu 21 Tagen.</p>
Psychische und nervöse Störungen	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.2.1 GUB 2014 gilt:</p> <p>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 Verletzung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.</p> <p>Nicht durch organische Verletzungen entstandene psychische Erkrankungen wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus bleiben ausgeschlossen.</p>
Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 5 GUB 2014 gilt:</p> <p>Die Leistungen werden nur dann gekürzt, wenn der Mitwirkungsanteil mindestens 50 % beträgt</p>
Vorschussleistung	<p>In teilweiser Abänderung der Ziffer 11.4 GUB 2014 gilt:</p> <p>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.</p>

Nr. 103

Besondere Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2014

Die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2014 werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungsschein hervor.

Die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2014 gelten zusätzlich zu den Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2014) und gehen diesen vor.

Der Versicherungsumfang	<ol style="list-style-type: none"> 1 Was ist versichert ? 1.1 Welche Leistungsfälle sind versichert? 1.2 Art und Höhe der Leistung 1.3 Beginn und Dauer der Leistung 2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) 3 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) 4 Rentenleistung bei Krebserkrankungen (Krebsrente)
--------------------------------	--

- 5 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- 6 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
- 7 Rehamanagement
- 8 Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?
- 9 Welche Wartezeiten müssen beachtet werden?
- 10 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Leistungsfall

- 11 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 12 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 13 Wann sind die Leistungen fällig? Welche Pflichten bestehen für Sie während der Rentenleistung?

Die Versicherungsdauer

- 14 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsbeitrag

- 15 Wie sich der Beitrag mit dem Alter der versicherten Person entwickelt
- 16 Umwandlung des Beitrags in eine Invaliditätsversicherungssumme nach Vollendung des 67. Lebensjahres
- 17 Beitragsanpassungsklausel

Die Versicherungssumme

- 18 Erhöhung der Versicherungssumme (Erhöhungsgarantie)

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

Wir bieten der versicherten Person Versicherungsschutz für die Folgen von Unfällen und Krankheiten, die ihr während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags zustoßen bzw. bei ihr erstmalig auftreten und diagnostiziert werden.

Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt, 24-Stunden rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr.

1.1 Welche Leistungsfälle sind versichert?

Versichert sind folgende fünf Leistungsfälle:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 % infolge eines Unfalls (Ziffer 2)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierter Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (Ziffer 3)
- Krebserkrankungen (Ziffer 4)
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Ziffer 5)
- Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) (Ziffer 6)

1.2 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung wird als monatliche Rente gezahlt.

Der Leistungsfall muss während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags eingetreten sein.

Der Anspruch auf die vertraglich vereinbarte Rente ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens einen Leistungsfall vorliegen.

Wir zahlen die Rente dann in Höhe der mit Ihnen vereinbarten Versicherungssumme. Treffen gleichzeitig mehrere Leistungsvoraussetzungen zu, so beeinflusst das die Höhe der zu zahlenden Rente nicht.

Hierzu ein Beispiel:

Es ist eine UnfallrentePlus in Höhe von monatlich 1.000 Euro vereinbart.

Die versicherte Person erleidet einen Unfall, der zu einem Invaliditätsgrad in Höhe von 70 % führt, da sie das Gehör auf beiden Ohren verliert.

Durch den Invaliditätsgrad von 70 % ist die Leistungsvoraussetzung für die Unfallrente im Sinne der Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen erfüllt.

Gleichzeitig zählt das Hören zu den Grundfähigkeiten eines Menschen. Durch den Verlust des Gehörs auf beiden Ohren ist somit auch die Leistungsvoraussetzung für die Grundfähigkeitenrente im Sinne der Ziffer 5 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen erfüllt.

Die versicherte Person erhält von uns trotz des Vorliegens mehrerer Leistungsvoraussetzungen ausschließlich die vereinbarte Rente von monatlich 1.000 Euro!

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach Eingang der Meldung bei uns,
- monatlich im Voraus.

Die Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt (gilt nur bei der Unfall RentePlus bis 60)
- die versicherte Person stirbt
- eine Neubemessung im Sinne der Ziffer 11.5 der GUB 2014 ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. (Ist die Zahlung der Rente bereits länger als 3 Jahre bei

erwachsenen Personen* und Jugendlichen** bzw. länger als 5 Jahre bei Kindern*** erfolgt, so wird sie auch dann weiterhin gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

Bei Krebserkrankungen gelten die in Ziffer 4.4.1 definierten Leistungsdauern, die vom Stadium bzw. Schweregrad der Erkrankungen abhängen.

* Als erwachsen gelten versicherte Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

** Als Jugendliche gelten versicherte Personen ab dem vollendeten 14. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

*** Als Kinder gelten versicherte Personen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

Von erwachsenen Personen, Jugendlichen und Kindern ist auch in einigen der folgenden Ziffern die Rede. Es gelten auch hierfür die vorstehenden Definitionen, und sie werden deshalb an den entsprechenden Stellen nicht noch einmal aufgeführt.

2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Führt ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 der GUB 2014 nach den Ziffern 2.1.1, und 2.1.2. der GUB 2014 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, so zahlen wir die vereinbarte Rente. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel ergebende Invaliditätsgrad bleibt hierbei unberücksichtigt. Ebenso bleibt hierbei ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (Nr. 72)“ ergebender Invaliditätsgrad unberücksichtigt.

3 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

3.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 1.4 GUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen, nachfolgend definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der genannten Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und / oder geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten, die während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags erstmalig auftreten und diagnostiziert werden, oder durch einen Unfall.

3.3 Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark)

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung eines Arms und eines Beins führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu mindestens 90 % aufgehoben ist.

Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten (Ziffer 5) beurteilt.

3.4 Psychische Erkrankungen

Für erwachsene versicherte Personen gilt:

Versichert sind alle psychischen Erkrankungen, die

- zu einer dauerhaften Totalbetreuung oder einer dauerhaften Pflegschaft
- zu einer dauerhaften Unterbringung in eine geschlossene Einrichtung
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuchs und dessen Folgen.

Für Kinder und Jugendliche gilt:

Ein Rentenanspruch liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertragslaufzeit ereignendes Unfallereignis i.S.d. Ziffern 1.3 oder 1.4 der GUB 2014, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die altersentsprechende Norm um mehr als 35 % unterschreitet.

3.5 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei:

- einer Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- einem Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- einer Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III und einer Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder einem Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- einer Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) IV

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß besserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

3.6 Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Erkrankung der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden ist und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Leistungsfähigkeit beider Nieren muss auf Dauer und irreversibel so reduziert sein, dass die Werte

Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml / min / 1,73 qm Körperoberfläche bzw. Kreatinin-Clearance von 30 ml / min / 1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der Kreatininwert 4 mg / dl (350 µmol / l) nicht unterschritten wird

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und / oder eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

3.7 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündung und Verletzung), die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm und ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Für erwachsene versicherte Personen gilt:

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn

- das Forcierte expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % oder
- die Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % oder
- der Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50 %

ist

Für Kinder und Jugendliche gilt:

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn

- das forcierte expiratorische Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % des altersentsprechenden Normwerts oder
- die Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % des altersentsprechenden Normwerts oder
- der Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50 % des altersentsprechenden Normwerts

ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgeräts bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsfähigkeit.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

3.8 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lebererkrankung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktion der Leber ist erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Auftreten von Bauchwasser (Aszites)

Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre

Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l)

Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35g/l)

Quickwert kleiner gleich 40 %

Die Funktionsminderung der Leber muss irreversibel und auf Dauer sein.

Versicherungsschutz besteht jedoch dann nicht, wenn die Erkrankung durch den Genuss von Alkohol und illegaler Drogen ausgelöst wird.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

4 Rentenleistung bei Krebserkrankungen (Krebsrente)

4.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 1.4 GUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt eine erstmalig während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags auftretende und diagnostizierte Krebserkrankung mindestens des Stadiums II gemäß der nachfolgenden Definition:

Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt.

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und zur Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

4.2 Bewertungsmaßstab

4.2.1 Krebs (ohne Blutkrebs und Lymphknotenkrebs)

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM Klassifikation maligner Tumoren, Siebente Auflage“ der Internationalen Vereinigung gegen Krebs (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad der Krebserkrankung. **Wir leisten ab dem Stadium II.**

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in vier Schweregrade (I bis IV) eingeteilt. **Wir leisten in einem solchen Fall ab dem Schweregrad II.**

4.2.2 Blutkrebs und Lymphknotenkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen des Blutes und der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

Stadium I	Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
Stadium II	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
Stadium III	Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells.
Stadium IV	Befall von primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Wir leisten ab dem Stadium II.

4.3 Der Leistungsfall bei Krebserkrankungen

4.3.1 Leistungsdauer

Für Krebs beträgt die maximale Leistungsdauer

- bei Stadium oder Grad II: 12 Monate
- bei Stadium oder Grad III: 36 Monate
- bei Stadium oder Grad IV: lebenslang (ist die Variante „Gothaer UnfallrentePlus bis 60“ vereinbart, so endet die Leistungsdauer spätestens zum Ende des Monats, in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt)

Wir zahlen die Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- eine der vorgenannten Fristen abläuft oder
- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt (gilt nur bei der Unfall RentePlus bis 60) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung im Sinne der Ziffer 11.5 GUB 2014 ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.

4.3.2 Erneutes Auftreten einer Krebserkrankung

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), nachdem innerhalb der Frist zur Neubemessung im Sinne der Ziffer 11.5 GUB 2014 die Heilung vermutet und die Rentenzahlung deshalb vor Ablauf der maximalen Leistungsdauer eingestellt wurde, werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet. Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die erneut aufgetretene Krebserkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.

4.3.3 Verschlechterung des Stadiums oder des Grades während der Leistungsdauer

Tritt während der Leistungsdauer eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf (z. B. von II auf III), so erhöht sich die gesamte maximale Leistungsdauer auf diejenige des neuen Stadiums oder Grades. Bereits gezahlte Renten werden bei der Neubemessung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. Es wird also nicht die neue maximale Leistungsdauer zu den bereits erhaltenen Rentenzahlungen hinzuaddiert, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der neuen Leistungsdauer für das verschlechterte Stadium / den verschlechterten Grad geleistet.

4.3.4 Erneuter Leistungsfall

Tritt eine neue Krebserkrankung auf, die nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung steht, so gilt dies als neuer Leistungsfall.

Dagegen gilt eine Krebserkrankung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), ausdrücklich nicht als neuer Leistungsfall.

5 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

5.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 1.4 GUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2 Voraussetzung für die Leistung

Der Leistungsfall tritt ein, wenn während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags ein Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 oder 1.4 GUB 2014 oder eine erstmals auftretende und diagnostizierte Krankheit zu einem Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten führt und nach der unter Ziffer 5.3 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Bewertungsskala ein Wert von mindestens 100 Punkten erreicht wird. Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt dabei nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit einmal besessen und sie nunmehr verloren hat. Er muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein, er ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

5.3 Bewertungsskala

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B

5.3.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- sich orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

5.3.1.1 Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50, oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Gesichtsfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

5.3.1.2 Verlust des Sprachvermögens

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust des Sprachvermögens durch nicht organische (z.B. psychogene) Ursachen.

5.3.1.3 Verlust des Hörvermögens

Ein Verlust des Hörvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist, das heißt, alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund irreversiblen und nicht therapierbarem Verlust, nicht hört.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

5.3.1.4 Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

5.4.1 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss dauerhaft und irreversibel sein.

5.4.1.1 Obere Extremitäten

Handfunktionen (34 Punkte)

Für jugendliche und erwachsene versicherte Personen gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen

oder

sie kann Messer und Gabel nicht mehr gleichzeitig benutzen

oder

sie kann kleine Teile wie z.B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben

oder

sie kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg ausführen.

Für Kinder gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Mal-/Schreibstift zu benutzen

oder

sie ist nicht in der Lage einen Schlüssel in ein Buntbartschloss einzuführen und das Buntbartschloss zu öffnen

oder

sie kann kleine Teile wie z.B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben

oder

sie kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen Faustschluss vollziehen und dabei ein Gewicht von 250 g halten

Heben und Tragen (34 Punkte)

Für Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Für Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 1 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 0,5 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Arme bewegen

Für Erwachsene gilt:

Es ist der versicherten Person aufgrund der Einschränkung beider Arme nicht mehr möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist nicht möglich nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.

- „Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten (Nackengriff) sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Schürzenbindegrieff) beider Arme.
- „Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln,
- „Beide Arme“ bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist. **(34 Punkte)**

Für Kinder und Jugendliche gilt:

Es ist der versicherten Person nicht möglich,

- beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammen zu führen (Schürzengriff) **(34 Punkte)** oder
- ist nicht in der Lage beide Arme gleichzeitig seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten, beide Arme gleichzeitig nach vorne zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und beide Arme ein- und auswärts zu drehen **(34 Punkte)**.

5.4.1.2 Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht mehr hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

Treppe hinauf gehen **(15 Punkte)**

Treppe herunter gehen **(15 Punkte)**

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und /oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. **(30 Punkte)**

Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten lang stehen, ohne sich abzustützen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. **(30 Punkte)**

Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig sich niederzuknien oder so weit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. Als leicht gilt in diesem Zusammenhang ein Gegenstand mit einem maximalen Gewicht von 1 kg. **(30 Punkte)**

5.4.1.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten in einem Sessel aufrecht zu sitzen, ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren und die Armlehnen zu benutzen, wobei die Füße beim Sitzen den Boden berühren. **(20 Punkte)**

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). **(20 Punkte)**

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen (30 Punkte)

Für Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

Für Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 1 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

Für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 0,5 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 0,5 m hohen Tisch abzusetzen.

5.4.1.4 Mobilität (Auto fahren) (30 Punkte)

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden.

Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.

Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ – Stand 2005 – (Alt: Führerscheinklasse III).

Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

6 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

6.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 1.4 GUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.2 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält auf Grund eines Unfalls im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 oder wegen einer während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags (erstmalig) aufgetretenen oder diagnostizierten Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II oder III nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

Die versicherte Person ist pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für mindestens zwei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

Wichtiger Hinweis: Die vorstehende Definition für die Pflegebedürftigkeit entspricht der des § 14 und des § 15 SGB XI (Stand: 01.08.2013). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des SGB XI zu keiner Änderung unseres Leistungsversprechens im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen führen. Dies bedeutet auch, dass – solange keine Änderungen am SGB XI stattgefunden haben – ein Leistungsfall automatisch immer dann vorliegt, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags aufgrund eines Unfalles oder einer Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II oder III nach dem SGB XI erhält.

7 Rehamanagement

Die versicherte Person hat im Leistungsfall Anspruch auf Begleitung im Genesungs- und Rehabilitationsprozess, Psychologische Unterstützung sowie Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheits- oder Unfallfolgen.

Bei Krebserkrankungen tritt der Leistungsfall im Sinne der Ziffer 4.2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen ab dem Stadium bzw. Schweregrad II ein.

Abweichend von der Ziffer 4.2 hat die versicherte Person bereits Anspruch auf die Leistungen des Rehamanagement, wenn bei ihr eine Krebserkrankung des Stadiums bzw. des Schweregrades I attestiert wurde.

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.

Es wird eine finanzielle Beihilfe für empfohlene Rehamassnahmen bis zu einer Gesamtsumme von 15.000 Euro bereitgestellt.

8 Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?

Auf die **Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)** wird die Ziffer 5 GUB 2014 angewendet.

Nach der Ziffer 5 GUB 2014 gilt:

Haben Krankheiten und Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung und deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

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

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

Auf die

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
- Rentenleistung bei Krebserkrankungen (Krebsrente)
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

wird die Ziffer 5 GUB 2014 **nicht** angewendet, auch wenn bereits bestehende Krankheiten oder Gebrechen an den Beeinträchtigungen mitgewirkt haben.

9 Welche Wartezeiten müssen beachtet werden?

Für die Erbringung einer

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) [Ziffer 3]
- Rentenleistung bei Krebserkrankungen (Krebsrente) [Ziffer 4]
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente) [Ziffer 5]
- Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente) [Ziffer 6]

besteht für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit von 6 Monaten.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von MS und/oder Krebs sowie anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit nicht mitversichert.

Die Wartezeit startet ab dem im Versicherungsschein dokumentierten Vertragsbeginn bzw. bei bestehenden Verträgen mit dem Zeitpunkt des Einschlusses der Gothaer UnfallrentePlus in den Vertrag.

Für die

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) [Ziffer 2]
- Rehamangement (Ziffer 7)

bestehen keine Wartezeiten.

10 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

10.1 Bewusstseinstörungen

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.1 GUB 2014 gilt:

Unfälle und daraus resultierende Krankheiten der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

10.2 Straftaten

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.2 der GUB 2014 gilt:

Unfälle oder Ereignisse (z.B. ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall) und daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch passieren, dass sie vorsätzlich eine Straftat begeht oder versucht, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Gleiches gilt für den Fall innerer Unruhen dann, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter hieran teilgenommen hat, sowie bei Schlägereien, wenn sie auf Seiten der Urheber war.

10.3 Krieg- und Bürgerkrieg

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.3 der GUB 2014 gilt:

Unfälle oder Ereignisse (z.B. ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall) und daraus resultierende Krankheiten, sowie Krankheiten, die auf anderen Wegen entstanden sind, z.B. durch hygienische Umstände oder durch Mangelernährung, aber unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürger-

kriegsereignisse verursacht wurden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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 (bei Vereinbarung der Gothaer UnfallTop 2014 am Ende des 14. Tages, bei Vereinbarung der Plusdeckung zur Gothaer UnfallTop am Ende des 21. Tages) nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung 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 Teilregion 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.

10.4 Luftfahrt

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.4 GUB 2014 gilt:

Unfälle oder Ereignisse (z.B. ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall) und daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person

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

zustoßen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

10.5 Fahrtveranstaltungen

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.1.4 der GUB 2014 gilt:

Unfälle oder Ereignisse (z.B. ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall) und daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Fahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten) gelten nicht als Fahrtveranstaltung im Sinne dieser Bestimmung.

10.6 Psychische Reaktionen

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.2.1 GUB 2014 gilt:

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, wenn diese durch einen Unfall i.S.d. Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 verursacht werden, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

10.7 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Der Ausschlussstatbestand der Ziffer 4.2.2 GUB 2014 „Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i.S.d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

10.8 Infektionen

Der Ausschlussstatbestand der Ziffer 4.2.3 GUB 2014 „Infektionen die nicht nach Ziffer 1.4.4 versichert sind“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i.S.d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

10.9 Vergiftungen

Der Ausschlussstatbestand der Ziffer 4.2.4 GUB 2014 „Vergiftungen aufgrund der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i.S.d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt der Einnahme das 14. Lebensjahr bereits vollendet hatten.

10.10 Kernenergie

In teilweiser Abänderung der Ziffer 4.2.5 GUB 2014 gilt:

Unfälle und daraus resultierende Krankheiten, sowie Krankheiten, die auf anderen Wegen entstanden sind, aber unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

10.11 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Der Ausschlussstatbestand der Ziffer 4.2.6 GUB 2014 „Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i.S.d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

10.12 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Der Ausschlussstatbestand der Ziffer 4.2.7 GUB 2014 „Bauch- oder Unterleibsbrüche“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i.S.d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.“

10.13 Krankheiten durch Alkohol oder illegale Drogen

Führt der Genuss von Alkohol oder illegaler Drogen zu einer Krankheit, so sind die daraus resultierenden Krankheitsfolgen nicht versichert.

Als illegal gelten Drogen, die als nicht verkehrsfähig in der Anlage I oder als verkehrs- und verschreibungsfähig in der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgeführt sind.

10.14 Bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall

Beeinträchtigungen durch die bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person sind nicht versichert.

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung (-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir die Rentenleistung bei Vorliegen einer der in den Ziffern 2 bis 6 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen erbringen.

Der Leistungsfall

11 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

11.1 Obliegenheiten nach einem Unfall

Nach einem Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014 gelten die Regelungen der Ziffer 9 GUB 2014 uneingeschränkt.

11.2 Obliegenheiten im Falle von Beeinträchtigungen durch Krankheiten

Sobald eine Beeinträchtigung im Sinne des jeweilig versicherten Bausteins vorliegen könnte, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Befundberichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen.

11.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

Wird bei Selbständigen der Verdienstaufall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1/5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200 EUR beträgt.

11.4 Die Ärzte, Krankenhäuser sowie sonstige medizinische Einrichtungen, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandeln, behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

12 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die in Ziffer 10 GUB 2014 genannten Folgen gelten für die Nichtbeachtung der unter Ziffer 10 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Obliegenheiten analog.

13 Wann sind die Leistungen fällig?

Welche Pflichten bestehen für Sie während der Rentenleistung?

13.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von 3 Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

13.1.1 Im Falle eines Unfalls beginnt die Frist mit dem Eingang folgender Unterlagen:

Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität und der durch uns eingeleiteten Prüfung und fachmedizinischen Beurteilung der Invalidität notwendig ist.

13.1.2 Bei den anderen Leistungsfällen beginnt die Frist mit Beantragung der Leistung und der Vorlage der erforderlichen ärztlichen Unterlagen.

13.1.2.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

- Ärztliches Gutachten, welches die Beeinträchtigung gemäß der Ziffer 3 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen belegt.

13.1.2.3 Rente bei Krebserkrankungen

- Ärztliches Gutachten, welches die Beeinträchtigung gemäß der Ziffer 4 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen belegt.

13.1.2.4 Rente bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten

- Ärztliches Gutachten, welches die Beeinträchtigung gemäß der Ziffer 5 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen belegt.

13.1.2.5 Rente bei Pflegebedürftigkeit

- Ärztliches Gutachten, welches die Einstufung der versicherten Person in die Pflegestufe I, II oder III nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI belegt.

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

13.3 Der Anspruch auf eine Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens einen Baustein vorliegen. Für die Höhe der Rente ist es unerheblich, welcher Baustein oder wie viele Bausteine zutreffen.

Erkennen wir den Anspruch an, zahlen wir innerhalb von 2 Wochen die Rente.

13.4 Wir sind zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

13.5 Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu prüfen. Dies gilt bei erwachsenen Personen und Jugendlichen innerhalb von 3 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente, bei Kindern innerhalb von 5 Jahren. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

13.6 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie den Tod der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

13.7 Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

Die Versicherungsdauer

14 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

14.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Für den Beginn des Versicherungsschutzes gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus die Bestimmungen der Ziffer 12.1 GUB 2014.

14.2 Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Für die Dauer und das Ende des Versicherungsschutzes gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus **grundsätzlich** die Bestimmungen der Ziffer 12.2 GUB 2014.

Der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet je nach gewählter Variante spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person entweder das 60. Lebensjahr (Gothaer UnfallrentePlus 60) oder das 67. Lebensjahr (Gothaer UnfallrentePlus lebenslang) vollendet oder nach Zahlung der ersten Rentenleistung.

14.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Für die Möglichkeit der Kündigung nach einem Versicherungsfall gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus die Bestimmungen der Ziffer 12.3 GUB 2014.

14.4 Reaktivierung des Versicherungsschutzes

Sofern eine Neubemessung gemäß Ziffer 11.5 GUB 2014 ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen oder keine Pflegestufe mehr besteht, so wird die Rentenzahlung eingestellt.

Innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Rentenzahlung haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung rückwirkend zum Ende der Rentenzahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu reaktivieren.

14.5 Leistungsfälle nach Wirksamkeit der Kündigung durch die Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Haben wir den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 12.2 GUB 2014 gekündigt, werden wir gleichwohl auch für Leistungsfälle leisten, die nach dem Ende des Vertrags eintreten, wenn während der Vertragslaufzeit eine Krankheit diagnostiziert wurde, die bei Vertragsbeendigung noch nicht die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, sich aber nach Vertragsbeendigung derart weiterentwickelt, dass erstmals innerhalb von 12 Monaten nach Vertragsbeendigung, die Leistungsvoraussetzungen vollständig erfüllt sind. Dasselbe gilt für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge eines Unfalls im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 GUB 2014.

Gleiches gilt für den Fall, dass wir eine Änderungskündigung ausgesprochen haben, die den Ausschluss der Leistungsart Gothaer UnfallrentePlus aus dem Vertrag zur Folge hat.

Derartige Leistungsfälle sind uns innerhalb von 15 Monaten nach dem Ende des Vertrags oder dem Ausschluss der Leistungsart Gothaer UnfallrentePlus aus dem Vertrag anzuzeigen.

Der Versicherungsbeitrag

15 Wie sich der Beitrag mit dem Lebensalter der versicherten Person entwickelt

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Lebensalter der versicherten Person zu Beginn des ersten und jeden weiteren Versicherungsjahres.

Die Beiträge je Lebensalter können dem Anhang zu diesen Besonderen Versicherungsbedingungen entnommen werden.

16 **Umwandlung des Beitrags in eine Invaliditätsversicherungssumme nach Vollendung des 60. oder 67. Lebensjahres**

Gemäß Ziffer 14.2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet der Versicherungsschutz spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem, je nach gewählter Variante, die versicherte Person das 60. oder das 67. Lebensjahr vollendet.

Zu diesem Zeitpunkt wird eine Invaliditätsversicherungssumme im Sinne der Ziffer 2.1 GUB 2014 aus dem Jahresbeitrag, der für die Gothaer UnfallrentePlus gezahlt worden ist, ohne Ratenzahlungszuschlag und Versicherungsteuer errechnet. Die errechnete Summe wird dann Vertragsbestandteil, höchstens jedoch 500.000 Euro. 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 Gothaer UnfallrentePlus gezahlt worden ist, ohne Ratenzuschlag und Versicherungsteuer errechnet (Erhöhungssumme). Die Erhöhungssumme beträgt ebenfalls höchstens 500.000 Euro!

17 **Beitragsanpassungsklausel**

a. **Prüfung der Beiträge**

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, alle fünf Jahre – erstmalig am 01.01.2019 - durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

b. **Regeln der Prüfung**

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- (1) Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- (2) Versicherungsverträge, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.
- (3) Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich
 - die technischen Berechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafeln, Krankenhausstatistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen,
 - die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall,

verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- und -abschläge bleiben außer Betracht.

- (4) Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- (5) Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Verfügung gestellt.

c. **Prämienerrhöhung und Prämienerrmäßigung**

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 Prozent (Bagatellgrenze) ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres anzupassen.

Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 Prozent festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

d. **Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge**

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Verträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, kann der Versicherer für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

e. **Vortrag**

Ungenutzte Veränderungen oberhalb der Bagatellgrenze bzw. unberücksichtigte Anpassungen unterhalb der Bagatellgrenze und unberücksichtigte Veränderungen oberhalb der Neuvertragsbeiträge im Sinne von (e) werden vorgetragen. Aufgrund des in Satz 1 geregelten Vortrags können zunächst ungenutzte bzw. unberücksichtigte Erhöhungen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Reduzierungen werden zwingend nachgeholt, sobald die Bagatellgrenze überschritten wurde.

f. **Einbindung eines Treuhänders**

Der Versicherer ist zu einer Anpassung der Beiträge nur berechtigt, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Beitragskalkulation und die Voraussetzungen (a) bis (e) überprüft sowie ihre Angemessenheit und Erforderlichkeit bestätigt hat.

g. Kündigung bei Beitragserhöhung

Erhöht der Versicherer auf Grund des vereinbarten Anpassungsrechts die Beiträge, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung der Beiträge zugehen.

Die Versicherungssumme

18 Erhöhung der Versicherungssumme (Erhöhungsgarantie)

Stellen Sie während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags einen Antrag auf Erhöhung der Versicherungssumme für die monatliche Rentenleistung, so verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung (Erhöhungsgarantie).

Die Erhöhungsgarantie setzt folgendes voraus:

- die versicherte Person ist nicht älter als 40 Jahre
- ein Leistungsfall im Sinne der Ziffern 2 bis 7 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen ist noch nicht eingetreten

Sofern durch die Erhöhung die Höchstversicherungssumme für die Gothaer UnfallrentePlus von 3.000 Euro überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden. Darüber hinaus dürfen die Erhöhungen insgesamt nicht mehr als 50 % der ursprünglich versicherten monatlichen Rentenleistung betragen und sind maximal auf 1.000 Euro begrenzt.

Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z.B. Ausschlussklauseln oder Risikozuschläge) finden weiterhin Anwendung.

Anhang zu den „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (URP)“

Die Entwicklung der Beitragssätze mit dem Lebensalter der versicherten Person

Die in der nachfolgenden Tabelle genannten Beitragssätze sind Jahresbeiträge und beziehen sich auf eine Versicherungssumme von jeweils 10,00 Euro!

Alter	URP bis zum vollendeten 60. Lebensjahr		URP lebenslang	
	Ohne Passivdynamik	Mit 1,5 % Passivdynamik (Besondere Bedingungen Nr. 104)	Ohne Passivdynamik	Mit 1,5 % Passivdynamik (Besondere Bedingungen Nr. 104)
1 - 17	1,11	1,50	1,24	1,75
18 - 32	1,43	1,62	1,54	2,13
33	1,43	1,62	1,57	2,13
34	1,43	1,63	1,69	2,13
35	1,43	1,63	1,79	2,22
36	1,44	1,63	1,93	2,38
37	1,53	1,72	2,07	2,55
38	1,63	1,82	2,23	2,72
39	1,73	1,92	2,38	2,89
40	1,79	1,97	2,50	3,02
41	1,92	2,10	2,71	3,25
42	2,05	2,23	2,93	3,50
43	2,19	2,37	3,18	3,77
44	2,34	2,52	3,46	4,08
45	2,45	2,62	3,68	4,31
46	2,60	2,76	3,99	4,65
47	2,74	2,90	4,32	5,00
48	2,89	3,04	4,67	5,39
49	3,02	3,16	5,05	5,80
50	3,10	3,22	5,35	6,10
51	3,20	3,31	5,78	6,57
52	3,27	3,36	6,22	7,04
53	3,30	3,38	6,72	7,56
54	3,30	3,38	7,27	8,16
55	3,30	3,38	7,70	8,60
56	3,30	3,38	8,42	9,35
57	3,30	3,38	9,25	10,24
58	3,30	3,38	10,24	11,29
59	3,30	3,38	11,35	12,48
60			12,26	13,41
61			13,55	14,78
62			14,86	16,17
63			16,14	17,54
64			17,45	18,93
65			18,39	19,88
66			19,76	21,33

Nr. 104

Besondere Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung bei der Gothaer UnfallrentePlus (Passivdynamik)

Nach Eintritt eines Leistungsfalls wird die vereinbarte monatliche Gothaer UnfallrentePlus jährlich angepasst.

1. Die monatliche Gothaer UnfallrentePlus erhöht sich jährlich um 1,5 % jeweils zum Beginn eines Leistungsjahres.
2. Die zu zahlende monatliche Gothaer UnfallrentePlus wird immer auf volle 10 Euro aufgerundet.

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 Vollenendung 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.

Information zu Ihrem Gothaer Garantie-Paket

GDV-Musterbedingungen und Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Unsere Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallTop und Gothaer Unfall-Top mit PlusDeckung (GUB 2014, Stand 02/2014) entsprechen in Bezug auf den dargestellten Versicherungsschutz und die Leistungsinhalte mindestens den vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft e. V. (GDV – www.gdv.de) empfohlenen Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) - Stand Oktober 2010. Wir weisen darauf hin, dass die bisher unter Ziffer 4. der GDV-Bedingungen befindliche Regelung zu den nicht versicherbaren Personen inzwischen vom GDV gestrichen wurde, während sie in unseren Bedingungen nach wie vor enthalten ist. Die insoweit bestehende Abweichung zu den GDV-Musterbedingungen sehen wir jedoch grundsätzlich als Vorteil für den Versicherten, der durch diese Regelung geschützt werden soll. Sie ist weitgehend eine Ausgestaltung des § 80 (früher § 68) VVG, denn bei Schwer-/Schwerstpflegebedürftigen besteht die große Wahrscheinlichkeit, dass der Versicherer Prämien erhält, ohne ein nennenswertes Risiko tragen zu müssen. Im Einzelfall kann sich die Nichtversicherbarkeit jedoch auch negativ für den Versicherungsnehmer auswirken.

Auch erfüllen unsere Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen die vom „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ (www.beratungsprozesse.de) mit Stand vom 17.02.2010 empfohlenen einzelnen Leistungsinhalte.

Weichen unsere GUB 2014 in Bezug auf den dargestellten Versicherungsschutz und die Leistungsinhalte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den oben genannten Musterbedingungen des GDV oder den empfohlenen einzelnen Leistungsinhalten des „Arbeitskreises Beratungsprozesse“ ab, wird sich die Gothaer nicht darauf berufen und bei der Regulierung die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden. Werden nach Abschluss des Versicherungsvertrages neue Musterbedingungen vom GDV bzw. neue Risikoanalysen des „Arbeitskreises Beratungsprozesse“ herausgegeben, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

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.

Innovationsklausel

Information zu Ihren Extra-Services

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

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

Extra-Services für unterwegs

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

Services bei Fahrzeug-Ausfall

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

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

Traveller-Services

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

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

Gesundheits-Services

Damit Sie gut versorgt sind – wir helfen Ihnen:

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

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

Extra-Services für Ihr Zuhause

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

Handwerker-Services

Wir vermitteln Ihnen:

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

Dienstleister-Services

Wir vermitteln Ihnen:

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

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

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

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