



VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN

JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BASIC, BALANCE UND BEST SELECTION ÖSTERREICH

Stand 04.2013
mit Leistungsergänzungen gültig ab 01.10.2016

Allgemeine Bedingungen zu Ihrer Janitos Unfallversicherung Österreich (Stand 01.04.2013)

Die Versicherungsdauer

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Die Versicherungsprämie

2. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
3. Prämienanpassungsklausel

Weitere Bestimmungen

4. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
5. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
6. Altersumstellungen

7. Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder der Änderung Ihres Wohnsitzes beachten?

8. Planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie (Dynamik)
9. Versicherungsschutz bei Versichererwechsel
10. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
11. Welches Gericht ist zuständig?
12. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
13. Sanktionsklausel
14. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)
15. Welches Recht findet Anwendung?

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Die Versicherungsdauer

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

1.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 2.3 der Allgemeinen Bedingungen zahlen.

1.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

- a) Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- b) Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- c) Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- d) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder einzelne Leistungsarten beschränkt werden.

1.3. Kündigung nach Versicherungsfall

- a) Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung kann auf die betroffene versicherte Person oder die betroffene Leistungsart beschränkt werden.
- b) Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.
- c) 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.
- d) Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

1.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

1.5. 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.

Die Versicherungsprämie

2. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

2.1. Prämienzahlung

Die Prämien können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresprämien entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsprämien einen Monat, bei Vierteljahresprämien ein Vierteljahr, bei Halbjahresprämien ein Halbjahr und bei Jahresprämien ein Jahr.

2.2. Versicherungssteuer

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

2.3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie

2.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

2.3.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie 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 nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3.3. Rücktritt

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.4. Zahlung und die Folgen verspäteter Zahlung der Folgeprämie

2.4.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

2.4.2. Verzug

- Wird eine Folgeprämie 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 der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 2.4.3 und 2.4.4 der Allgemeinen Bedingungen mit dem Fristablauf verbunden sind.
- Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

2.4.3. 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 2.4.2 b) der Allgemeinen Bedingungen darauf hingewiesen wurden.

2.4.4. 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 2.4.2 b) der Allgemeinen Bedingungen darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.5. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

- Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

2.6. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, die dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

3. Prämienanpassungsklausel

- Der Versicherer ist jährlich zum 01.04., erstmalig zum 01.04.2013, berechtigt und verpflichtet, die Prämiensätze für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und der Schadenentwicklung anzupassen, um das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung der Versicherungsprämie) wieder herzustellen. Dabei hat der Versicherer die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu berücksichtigen.

- Der Versicherer ermittelt hierfür, um welchen Prozentsatz sich in den vergangenen drei Kalenderjahren das Verhältnis aus den Schadenzahlungen zu den Nettoprämieeinnahmen (Prämie ohne Steueranteile) gegenüber dem kalkuliertem Verhältnis aus Schadenzahlungen und den Nettoprämieeinnahmen erhöht oder vermindert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die durch den einzelnen Schadenfall verursachten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
- Sofern die Berechnung nach Ziffer 3 b) eine Veränderung von mindestens 20 Prozent ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Prämienatz für die bestehenden Verträge ab dem 01.07. zur jeweiligen Hauptfälligkeit des Vertrages anzupassen.
- Senkungen des Prämienatzes gelten ohne besondere Mitteilung ab dem 01.07. zur jeweiligen Hauptfälligkeit des Vertrages, die auf den Abschluss der Überprüfung folgt.
- Beträgt die Erhöhung oder Verminderung des Durchschnitts der Schadenzahlungen nach Ziffer 3 b) weniger als 20 Prozent, besteht kein Anpassungsrecht und auch keine Anpassungsverpflichtung.
- Der neue Prämienatz darf nicht höher sein als der Prämienatz für den gleichen Versicherungsschutz im Neugeschäft.
- Eine Prämienanpassung ist erstmalig nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres, frühestens zum 01.04.2016, möglich.

Weitere Bestimmungen

4. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- 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.
- Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

5. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

5.1. 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 Satzes 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.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese 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 Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

5.2. Rücktritt

5.2.1. 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.
- Wir müssen unser Rücktrittsrecht 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 angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

- c) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

5.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

- a) Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- b) Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- c) 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.

5.2.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles 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 der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

5.3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

5.3.1. Kündigung

- a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform 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 angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

5.3.2. Rückwirkende Vertragsanpassung

- a) 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.
- b) 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 angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, mit dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- c) Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- d) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

5.4. Anfechtung

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

6. Altersumstellungen

6.1. Anpassung der Prämien

- a) Wir führen in folgenden Altersgruppen eine automatische Anpassung der Prämie durch. Beim Wechsel in eine andere Altersgruppe gelten die zum Zeitpunkt des Wechsels gültigen Tarifprämien für die jeweilige Altersgruppe. Die Versicherungssummen bleiben dabei unverändert.
- b) Die Anpassung erfolgt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das Alter der darauffolgenden Altersgruppe erreicht.
- c) Die Janitos Unfallversicherung sieht folgende Altersgruppen vor:
- Kinder von 0 bis einschließlich 17 Jahre
 - Erwachsene von 18 bis einschließlich 67 Jahre
 - Senioren ab 68 Jahre
- d) Als Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr der Prämienanpassung.
- e) Zum Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die für die neue Altersgruppe gültigen Prämien.

6.2. Wahlrecht

Wünschen Sie keine automatische Prämienanpassung bei gleichbleibender Versicherungssumme, können Sie innerhalb von 6 Wochen nach unserer schriftlichen Mitteilung über die Anpassung eine alternative Weiterführung des Vertrags vereinbaren. Hierzu stehen Ihnen die beiden folgenden Möglichkeiten zur Verfügung:

- a) Bei planmäßiger Erhöhung der Prämie kann alternativ eine Verringerung der Versicherungssumme vereinbart werden.
- b) Bei planmäßiger Verringerung der Prämie kann alternativ eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart werden.

6.3. Außerordentliches Kündigungsrecht nach Vertragsumstellung

Wünschen Sie weder die automatische noch eine individuelle Umstellung des Unfallversicherungsschutzes, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über den Umfang und Ausgestaltung der Umstellung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung, kündigen.

Wir werden Sie in dem Nachtrag zum Versicherungsschein nochmals auf das Kündigungsrecht hinweisen.

7. Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder der Änderung Ihres Wohnsitzes beachten?

7.1. Änderung der Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung

7.1.1. Einstufung anhand der Gefahrengruppen

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung und dem Alter der versicherten Person ab. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich anzeigen.

Grundlage für die Einstufung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung anhand des Unfallrisikos und damit auch der Bemessung der Versicherungssummen und Prämien ist unser geltendes Gefahrengruppenverzeichnis. Im Rahmen unseres Tarifes unterscheiden wir folgende Gefahrengruppen:

Gefahrengruppe A: Dieser Gefahrengruppe sind versicherte Personen zuzuordnen die einer verwaltenden/beratenden Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe: Bankkaufleute, Buchhalter, Datentypisten, Handelsvertreter, Pädagogen, Produktmanager, Richter, Sachbearbeiter, Tagesmütter, Verkäufer, Versicherungsfachleute oder Wirtschaftswissenschaftler.

Gefahrengruppe B: Dieser Gefahrengruppe sind versicherte Personen zuzuordnen die einer körperlichen/handwerklichen Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe: Gärtner, Drucker, Schloss-

ser, Bäcker, Köche, Gastwirte, Techniker, Elektriker, Gastronomen, Hausmeister oder Sportlehrer.

Gefahrengruppe C: Dieser Gefahrengruppe sind versicherte Personen zuzuordnen die in Ihrem Beruf einer besonders risikoreichen Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe: Dachdecker, Feuerwehrleute, Jäger, Landwirte, Maurer, Polizist, Soldaten, Tischler.

Bei den unter den Gefahrengruppen aufgezählten Berufen handelt es sich jeweils nur um eine beispielhafte Aufzählung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Der Abruf des vollständigen Gefahrengruppenverzeichnisses ist im Internet über www.janitos.at möglich. Gerne übersenden wir es Ihnen auch auf Nachfrage per Mail oder auf dem Postweg.

7.1.2. Wechsel in einen Beruf mit niedrigerem Unfallrisiko

- Errechnen sich beim Wechsel der versicherten Person in eine Berufstätigkeit mit niedrigerem Unfallrisiko bei gleich bleibender Prämie höhere Versicherungssummen, so gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend verminderter Prämie weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen zugeht.
- Die neu errechneten Versicherungssummen bzw. Prämien gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

7.1.3. Wechsel in einen Beruf mit höherem Unfallrisiko

- Errechnet sich beim Wechsel der versicherten Person in eine Berufstätigkeit mit höherem Unfallrisiko bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine höhere Prämie, so gilt diese nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung zugeht.
- Wird der Wechsel in eine Berufstätigkeit mit höherem Unfallrisiko nicht innerhalb von 30 Tagen angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar vollumfänglich bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Ablauf der Frist.
- Die neu errechneten Versicherungssummen bzw. Prämien gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

7.1.4. Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der versicherten Berufstätigkeit oder Beschäftigung ausnahmsweise Sondergefahren, die grundsätzlich einer Tätigkeit mit niedrigerem oder höherem Unfallrisiko zuzurechnen sind, so fällt dies nicht unter den Wechsel der Berufstätigkeit gemäß Ziffer 7.1.2 oder 7.1.3 der Allgemeinen Bedingungen, wenn die Sondergefahren nur kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – sind und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhalten.

Zu den Sondergefahren zählen beispielsweise bei leitenden oder aufsichtführenden Personen körperliche Tätigkeiten bei der Arbeitsvorbereitung oder -nachbereitung sowie gelegentliche Urlaubs- oder Krankheitsvertretungen. Ebenfalls nicht unter den Wechsel der Berufstätigkeit fällt eine Tätigkeit im Rahmen des Pflichtwehrdienstes, Zivildienstes oder militärischer Reserveübungen.

7.2. Änderung des Wohnsitzes

7.2.1. Einstufung anhand des Bundeslandes

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt davon ab, in welchem Bundesland Sie Ihren ständigen Wohnsitz haben. Einen Umzug in ein anderes Bundesland müssen Sie uns daher unverzüglich anzeigen.

Grundlage für die Einstufung des Unfallrisikos anhand Ihres ständigen Wohnsitzes und damit auch der Bemessung der Versicherungssummen und Prämien sind folgende Bundesländer-Risikogruppen:

Gruppe 1: Für Versicherungsnehmer mit ständigen Wohnsitz in folgenden Bundesländern wird ein Zuschlag auf alle Leistungsarten erhoben:

- Tirol
- Vorarlberg

Gruppe 2: Für Versicherungsnehmer mit ständigen Wohnsitz in folgenden Bundesländern wird kein Zuschlag erhoben:

- Salzburg
- Oberösterreich
- Kärnten

Gruppe 3: Für Versicherungsnehmer mit ständigen Wohnsitz in folgenden Bundesländern wird ein Rabatt auf alle Leistungsarten gewährt:

- Wien
- Burgenland
- Steiermark
- Niederösterreich

7.2.2. Umzug in ein Bundesland mit niedrigerem Unfallrisiko

- Errechnen sich beim Umzug des Versicherungsnehmers in ein Bundesland mit niedrigerem Unfallrisiko bei gleich bleibender Prämie höhere Versicherungssummen, so gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend verminderter Prämie weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen zugeht.

7.2.3. Umzug in ein Bundesland mit höherem Unfallrisiko

- Errechnet sich beim Umzug des Versicherungsnehmers in ein Bundesland mit höherem Unfallrisiko bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine höhere Prämie, so gilt diese nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung zugeht.
- Wird der Umzug in ein Bundesland mit höherem Unfallrisiko nicht innerhalb von 30 Tagen angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar vollumfänglich bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Ablauf der Frist.

8. Planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie (Dynamik)

- Sofern eine planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie (Dynamik) vereinbart ist, werden Versicherungssummen und Prämien jährlich um den im Versicherungsschein festgelegten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für Invalidität und Tod auf volle Tausend Euro und die Versicherungssumme für die Rente auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- Die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Prämie erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Wir teilen Ihnen die neuen Versicherungssummen und die neuen Prämien in einem Nachtrag zum Versicherungsschein spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung der neuen Prämie mit.
- Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Beginn des neuen Versicherungsjahres widersprechen oder wenn Sie die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach der Zahlungsaufforderung zahlen.
- Sie und wir können die planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie kündigen, wir jedoch nur mit einer Frist von drei Monaten. Haben Sie die Vereinbarung gekündigt, wird sie auf Ihren Antrag zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres wieder in Kraft gesetzt.

9. Versicherungsschutz bei Versichererwechsel

Tritt nach einem Wechsel des Unfallversicherers ein Unfall ein, dessen genauen Zeitpunkt des Unfallereignisses der Versicherungsnehmer auch durch ein Gutachten nicht bestimmen kann, so tritt die Janitos Versicherung AG in die Schadenregulierung ein, wenn der Eingang der Schadenmeldung in die Vertragslaufzeit gemäß Ziffer 1.2 der Allgemeinen Bedingungen zur Janitos Unfallversicherung 2013 fällt.

10. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

11. Welches Gericht ist zuständig?

- a) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. 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.
- b) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie, müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

12. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- a) Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- b) Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

13. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

14. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

- a) In folgenden Fällen entscheidet die Ärztekommision:
 - Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen.
 - Meinungsverschiedenheiten darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist.
 - Meinungsverschiedenheiten über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen.
 - Meinungsverschiedenheiten im Fall der Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9 e) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 e) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 e) der Zusatzbedingungen Best Selection.
- b) In den Fällen der unter Ziffer 14 a) aufgeführten und der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten, können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung über die Leistungspflicht gemäß Ziffer 9 a) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 a) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 a) der Zusatzbedingungen Best Selection unter Bekanntgabe Ihrer Forderungen Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
- c) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
- d) Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragspartner innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in Textform keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz der versicherten Person zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz der versicherten Person zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

- e) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- f) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinhaltung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
- g) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Ihnen und uns zu tragen. Im Fall der Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9 e) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 e) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 e) der Zusatzbedingungen Best Selection trägt die Kosten, wer die Neubemessung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den Sie zu tragen haben, ist mit 5 Prozent der für den Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 Prozent des strittigen Betrages, begrenzt.

15. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Zwingende österreichische Verbraucherschutzvorschriften sind zu Ihren Gunsten auch für diesen Vertrag gültig.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Unfallversicherung Basic Österreich (Stand 01.04.2013)

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung
2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung

1.1. Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt.

1.3. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- a) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln, Menisken oder Knorpel gezerrt oder zerrissen werden oder
- b) Schädigungen an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule eintreten oder
- c) Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs

Als Unfall gilt/gelten auch:

- a) das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden, sofern die versicherte Person diese infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erlitten hat.
- b) plötzlich von außen auf den Körper wirkende mechanische, chemische, thermische oder elektrische Schädigungen sowie Schall-, Explosions- und sonstige Druckwellen.
- c) wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände über einen Zeitraum von mehreren Stunden ausgesetzt war.
- d) das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs.
- e) Gesundheitsschädigungen oder der Tod durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Dies gilt jedoch nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper verweigert wird.
- f) das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung verzichtet.
- g) Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen,
 - die infolge von Unfallverletzungen verursacht wurden. Dies beinhaltet auch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sowie Tierbisse oder -stiche.

6. Innovationsupdate
7. Zusatzpaket Medic

Der Leistungsfall

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
10. Wann sind die Leistungen fällig?

- die infolge von unfallbedingten Heilmaßnahmen verursacht wurden.
- h) Gesundheitsschäden infolge der Aufnahme von Nahrung oder sonstiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es dadurch zu Vergiftungen oder allergischen Reaktionen kommt.
- i) Gesundheitsschäden infolge von Erfrierungen sowie der Erfrierungstod.
- j) der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- k) tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Darüber hinaus sind die Kosten für Dekompressionskammerbehandlungen gemäß Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen mitversichert.

Die unter Ziffer 1.5 b) bis k) genannten Unfälle sind nur versichert, sofern die versicherte Person die Gesundheitsschädigungen unfreiwillig erlitten hat.

1.6. Infektionen

Im Rahmen der Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente gemäß Ziffer 2.1.1. und 2.1.2. der Zusatzbedingungen gilt die erstmalige ärztliche Diagnose von Infektionen bzw. Infektionskrankheiten als Unfall, die in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstanden sind und aus deren Krankheitsgeschichte, Befund oder Natur hervorgeht, dass durch das Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase Krankheitserreger in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase gelangen.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die erstmalige ärztliche Diagnose der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheins stattfindet.

2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen

2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1.1. Invaliditätsleistung

Versicherungsschutz für Invaliditätsleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Infolge eines Unfalles muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- b) Die Invalidität muss innerhalb von 14 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein.
- c) Die Invalidität muss innerhalb von 16 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden.
- d) Die Invalidität muss innerhalb von 16 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

2.1.1.2 Art und Höhe der Leistung

- a) Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung gezahlt.
- b) Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.
- c) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in der vereinbarten Gliedertaxenvariante festgelegten, in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Welche Gliedertaxenvariante für Ihren Vertrag Gültigkeit hat, hängt davon ab, welche Variante Sie mit uns vereinbart haben und ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Trend	Gliedertaxe Top	Gliedertaxe Hand	Gliedertaxe Stimme	Gliedertaxe Mund
beide Augen	100	100	100	100	100
ein Auge	50	50	50	70	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	65	100	100	100	100
Gehör beider Ohren	60	70	70	100	100
Gehör eines Ohres	30	35	35	70	70
Gehör eines Ohres, sofern das des anderen bereits vollständig verloren war	45	100	100	100	100
Geruchssinn	15	20	20	25	25
Geschmackssinn	10	20	20	25	25
Stimme	60	100	100	100	100
Arm	70	75	100	80	100
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70	70	100	75	100
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65	65	100	70	100
Hand	65	65	100	65	100
Daumen	25	30	60	30	100
Zeigefinger	10	20	60	20	75
anderer Finger	5	10	20	10	20
sämtliche Finger einer Hand maximal	-	75	-	75	-
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70	70	70	80	80
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70	70	70	75	75
Bein bis unterhalb des Knies	60	60	60	70	70
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50	55	55	60	60
Fuß	45	50	50	50	50
große Zehe	5	8	8	8	8
andere Zehe	2	5	5	5	5
beide Nieren	100	100	100	100	100
eine Niere	25	25	25	25	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	75	100	100	100	100
Milz	10	10	10	10	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20	20	20	20	20
Gallenblase	-	10	10	10	10
Magen	-	30	30	30	30
Dünndarm	-	30	30	30	30
Dickdarm	-	30	30	30	30
ein Lungenflügel	-	50	50	50	50
Leber	-	50	50	50	50
Bauchspeicheldrüse	-	35	35	35	35

- d) Bei allen nicht in der Gliedertaxe genannten Körperteilen, Körperfunktionen und Sinnesorganen, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- e) Bei den in der Gliedertaxe genannten inneren Organen können Sie vor der gutachterlichen Erstbewertung in Textform verlangen,

dass keine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.1.2 c), sondern eine individuelle ärztliche Einschätzung anhand medizinischer Gesichtspunkte gemäß Ziffer 2.1.1.2 d) erfolgen soll.

- f) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- g) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.1.3 Tod der versicherten Person nach dem Unfall

Stirbt die versicherte Person

- a) unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- b) nachdem ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden war aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder unabhängig von der Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.1.4 Progressionsmodell

Im Grundmodell entspricht die Kapitalleistung dem durch den Grad der Invalidität bezeichneten Prozentsatz der Invaliditätssumme. In den Progressionsmodellen ist der als Kapitalleistung zu erbringende Prozentsatz der Invaliditätssumme bei bestimmten Invaliditätsgraden höher als der Invaliditätsgrad.

Das mit uns für die jeweilige versicherte Person vereinbarte Leistungsmodell (Progression) ergibt sich aus dem Versicherungsschein und seinen jeweiligen Nachträgen.

Führt ein versicherter Unfall gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent, so erhöht sich die Leistung wie folgt:

- a) Progressionsmodell 225
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
- b) Progressionsmodell 300
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt.
- c) Progressionsmodell 400
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.
- d) Progressionsmodell 500
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird elffach entschädigt.
- e) Progressionsmodell 750
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtfach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtzehnfach entschädigt.

Hilftabelle zur Leistungsberechnung je nach vereinbartem Leistungsmodell (Progression) und Invaliditätsgrad:

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25
26	26	27	28	28	28	28
27	27	29	31	31	31	31
28	28	31	34	34	34	34
29	29	33	37	37	37	37
30	30	35	40	40	40	40
31	31	37	43	43	43	43
32	32	39	46	46	46	46
33	33	41	49	49	49	49
34	34	43	52	52	52	52
35	35	45	55	55	55	55
36	36	47	58	58	58	58
37	37	49	61	61	61	61
38	38	51	64	64	64	64
39	39	53	67	67	67	67
40	40	55	70	70	70	70
41	41	57	73	73	73	73
42	42	59	76	76	76	76
43	43	61	79	79	79	79
44	44	63	82	82	82	82
45	45	65	85	85	85	85
46	46	67	88	88	88	88
47	47	69	91	91	91	91
48	48	71	94	94	94	94
49	49	73	97	97	97	97
50	50	75	100	100	100	100
51	51	78	104	105	105	108
52	52	81	108	110	110	116
53	53	84	112	115	115	124
54	54	87	116	120	120	132
55	55	90	120	125	125	140
56	56	93	124	130	130	148
57	57	96	128	135	135	156
58	58	99	132	140	140	164
59	59	102	136	145	145	172
60	60	105	140	150	150	180
61	61	108	144	155	155	188
62	62	111	148	160	160	196
63	63	114	152	165	165	204
64	64	117	156	170	170	212

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
65	65	120	160	175	175	220
66	66	123	164	180	180	228
67	67	126	168	185	185	236
68	68	129	172	190	190	244
69	69	132	176	195	195	252
70	70	135	180	200	200	260
71	71	138	184	205	205	268
72	72	141	188	210	210	276
73	73	144	192	215	215	284
74	74	147	196	220	220	292
75	75	150	200	225	225	300
76	76	153	204	232	236	318
77	77	156	208	239	247	336
78	78	159	212	246	258	354
79	79	162	216	253	269	372
80	80	165	220	260	280	390
81	81	168	224	267	291	408
82	82	171	228	274	302	426
83	83	174	232	281	313	444
84	84	177	236	288	324	462
85	85	180	240	295	335	480
86	86	183	244	302	346	498
87	87	186	248	309	357	516
88	88	189	252	316	368	534
89	89	192	256	323	379	552
90	90	195	260	330	390	570
91	91	198	264	337	401	588
92	92	201	268	344	412	606
93	93	204	272	351	423	624
94	94	207	276	358	434	642
95	95	210	280	365	445	660
96	96	213	284	372	456	678
97	97	216	288	379	467	696
98	98	219	292	386	478	714
99	99	222	296	393	489	732
100	100	225	300	400	500	750

2.1.2. Unfall-Rente

Versicherungsschutz für Unfall-Rente besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- a) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 35 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):

Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent eingetreten ist.

- b) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 50 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):

Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent eingetreten ist.

- c) Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei der Unfall-Rente gilt abweichend von Ziffer 2.1.1.2 c) der Zusatzbedingungen ausschließlich die nachfolgende Gliedertaxe „Rente“.

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- d) Eine Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrades entsprechend dem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen erfolgt generell nicht.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Rente
beide Augen	100
ein Auge	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	80
Gehör beider Ohren	100
Gehör eines Ohres	70
Gehör eines Ohres, sofern das Gehör des anderen bereits vollständig verloren war	80
Geruchssinn	10
Geschmackssinn	10
Stimme	60
Arm	75
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65
Hand	65
Daumen	30
Zeigefinger	20
anderer Finger	10
sämtliche Finger einer Hand maximal	75
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis unterhalb des Knies	60
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55
Fuß	50
große Zehe	8
andere Zehe	5
beide Nieren	100
eine Niere	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	100
Milz	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20
Gallenblase	10
Magen	30
Dünndarm	30
Dickdarm	30
ein Lungenflügel	50
Leber	50
Bauchspeicheldrüse	35

2.1.2.2 Höhe der Leistung

Die Unfall-Rente wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt. Die Zahlung erfolgt monatlich im Voraus.

Die Unfall-Rente wird bis zum Ersten des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt. Zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- eine nach Ziffer 9 der Zusatzbedingungen vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 a) oder 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 b) gesunken ist.

2.1.3. Unfall-Tagegeld

Versicherungsschutz für Unfall-Tagegeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Tagegeld wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung ist.

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt.

Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

2.1.3.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

2.1.3.3 Dauer der Leistung

Unfall-Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 365 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.1.4. Unfall-Spitalgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Spitalgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, mindestens jedoch für 3 Tage:

- an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heil- oder Rehabilitationsbehandlung befindet.
- an dem bei der versicherten Person unfallbedingt ein medizinisch notwendiger ambulant-operativer Eingriff durchgeführt wird.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heil- oder Rehabilitationsbehandlung.

2.1.4.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Spitalgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.4.3 Beginn und Dauer der Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird, vom Unfalltag an gerechnet, innerhalb eines Zeitraums von längstens 2 Jahren gezahlt.

2.1.5. Unfall-Genesungsgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Genesungsgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Genesungsgeld wird gezahlt, sofern ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen besteht.

2.1.5.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Genesungsgeld wird in gleicher Höhe wie die vereinbarte Versicherungssumme für das Unfall-Spitalgeld gezahlt.

2.1.5.3 Dauer der Leistung

Unfall-Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen bestand, längstens jedoch für 100 Tage.

2.1.6. Unfall-Todesfallleistung

Versicherungsschutz für Unfall-Todesfallleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die vereinbarte Unfall-Todesfallleistung wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt.

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf die Unfall-Todesfallleistung, sofern die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

2.1.6.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.7. Heilkosten

Versicherungsschutz für Heilkosten besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unter Ziffer 2.1.7.2 der Zusatzbedingungen genannten Kosten werden nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei

oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten.

2.1.7.2 Art und Höhe der Leistung

- a) Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb eines Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.
- b) Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- c) Die Entschädigung der genannten Kosten ist auf den im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag begrenzt.

2.1.7.3 Kündigung der Leistung

Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform verlangen, dass dieser Versicherungsschutz für Heilkosten mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entfällt.

Macht der Versicherer von diesem Recht gemäß Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer diesen Vertrag innerhalb eines Monats ab Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

2.2. Versicherte prämienvfreie Leistungen

- a) Die folgenden, prämienvfreien Leistungen gelten automatisch versichert, sofern mindestens die Leistungsart Invaliditätsleistung oder Unfall-Rente vereinbart wurde.
- b) Bestehen bei Janitos mehrere Unfallversicherungen, können die prämienvfreien Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- c) Die prämienvfreien Leistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflicht- oder Krankenversicherer sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.
- d) Beziehen sich prämienvfreie Leistungen auf Unfälle im Ausland, dann gilt der Versicherungsschutz in allen Ländern, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten

- a) Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Die Kosten ersetzen wir auch dann, wenn ein Unfall nicht eingetreten ist, aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Darüber hinaus übernehmen wir die im Rahmen von Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen anfallenden Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden bei der versicherten Person notwendig sind.
- c) Der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen insgesamt maximal 25.000 Euro.

2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

- a) Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten für den Transport der versicherten Person in das nächste Spital oder in eine Spezialklinik, soweit er ärztlich angeordnet oder nach Art der Verletzung unvermeidbar war.
 - Mehraufwendungen für den Rücktransport der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit sie auf ärztliche Anordnungen zurückzuführen sind oder nach Art der Verletzung

unvermeidbar waren. Die Leistungen umfassen dabei auch Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.

- b) Die Kosten für Kranken- und Rücktransporte werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 25.000 Euro.

2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Nach einem Tauchunfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer.

Die Behandlungskosten werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 25.000 Euro.

2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.2.5. Kosmetische Operationen

- a) Wurden unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person durch eine infolge des Unfalles durchgeführte Heilbehandlung nicht beseitigt, ersetzen wir die notwendigen Kosten der kosmetischen Operationen zur Beseitigung oder Milderung der Beeinträchtigungen. Zahnbehandlungen und Zahnersatz gelten nicht als kosmetische Operationen.
- b) Ersetzt werden die Kosten für Arzthonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Spital.
- c) Voraussetzung für die Leistungen ist, dass die kosmetischen Operationen spätestens bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sind.
Hat die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operationen und Behandlungen vor Vollendung des 21. Lebensjahres erfolgen.
- d) Der Kostenersatz für kosmetische Operationen ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 25.000 Euro.

2.2.6. Kur- und Rehabilitationskosten

- a) Wir ersetzen die unfallbedingten, medizinisch notwendigen Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen der versicherten Person, sofern die Maßnahmen
 - infolge eines Unfalles notwendig werden, welcher gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen zu einem dauerhaften Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent geführt hat und
 - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden und
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einer Woche durchgeführt werden.
- b) Die Voraussetzungen, wie auch die medizinische Notwendigkeit, sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Nicht als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bestimmungen gelten stationäre Behandlungen, bei denen die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- d) Der Kostenersatz für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt..

2.2.7. Umschulungsmaßnahmen

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern
 - die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich auf die Folgen eines Unfalles der versicherten Person – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – zurückzuführen sind und
 - die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
 - die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.
- b) Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

2.2.8. Psychologische Betreuung

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten für psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern
 - diese aufgrund einer direkten oder indirekten Unfälleinwirkung ärztlich angeordnet werden oder
 - die versicherte Person unfallbedingt einen Leistungsanspruch auf Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen gemäß Ziffer 2.2.11. der Zusatzbedingungen hat oder
 - die versicherte Person einen Leistungsanspruch auf Kapitalleistungen gemäß Ziffer 2.2.12 der Zusatzbedingungen hat oder
 - eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles tödlich verletzt wird oder
 - die versicherte Person Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist, und danach eine psychologische Soforthilfe ärztlich angeordnet wird.
- b) Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist auf insgesamt 500 Euro begrenzt.

2.2.9. Besondere Leistungen für Kinder

2.2.9.1 Zusätzliche Todesfallleistung

Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, wird zusätzlich – unabhängig von einem bereits vertraglich vereinbarten Todesfallschutz – eine Todesfallleistung von 10.000 Euro erbracht.

Voraussetzung ist, dass mindestens 1 Kind der versicherten Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.2.9.2 Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungs- und Betreuungspflichten für im Haushalt lebende minderjährige Kinder nicht nachkommen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe.
- b) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 25 Euro pro Tag.
- c) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 30 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.9.3 Rooming-in-Leistung

- a) Befindet sich ein versichertes Kind nach einem Unfall, der sich vor Vollendung des 14. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, übernehmen wir die notwendigen Kosten für die Übernachtung eines Erziehungsberechtigten im Spital (Rooming-in).
- b) Je Übernachtung werden maximal 25 Euro ersetzt. Insgesamt übernehmen wir die Kosten für maximal 20 Übernachtungen.
- c) Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.2.10. Versorgung von Haustieren

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.
- b) Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.
- c) Die Höhe der Leistung beträgt maximal 25 Euro pro Tag.
- d) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 14 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.11. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Wir zahlen bei Eintritt einer der unter a) bis d) genannten schweren Unfallverletzungen eine Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression), maximal 10.000 Euro.

Voraussetzung für die Leistung ist der Nachweis der Schwerverletzung infolge eines Unfalles durch eine schriftliche ärztliche Diagnose.

Ein Anspruch auf die Sofortleistung besteht jedoch nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt.

Die Sofortleistung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht allerdings nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

- a) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- b) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- c) Dauerhafte Erblindung beider Augen
- d) Dauerhafte Verminderung der Sehschärfe an jedem Auge um mindestens 60 Prozent.

2.2.12. Kapitalleistung bei schweren Verbrennungen

- a) Erleidet die versicherte Person unfreiwillig Verbrennungen III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche, zahlen wir eine Kapitalleistung in Höhe von 12 Prozent der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression), maximal 12.000 Euro.
- b) Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest sowie die Geltendmachung der Leistung in Textform innerhalb von 3 Jahren nach dem Verletzungsereignis.
- c) Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen, wird die Kapitalleistung auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet.

Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Verletzungsereignis an dessen Folgen verstirbt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt dieser Mitwirkungsanteil jedoch weniger als 30 Prozent, unterbleibt die Minderung.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für:

- a) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- b) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden.
- c) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums. Beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 Promille nicht übersteigt.
- d) Unfälle unter Medikamenteneinfluss. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorlag.
- e) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle.
- f) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Schlaganfalls.
- g) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarkts.
- h) Unfälle im Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Unfälle durch Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie Unfälle durch Erschrecken.

4.2. Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle,

- a) die eine minderjährige versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper erleidet, sofern durch die Herstellung oder den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

- b) die eine minderjährige versicherte Person beim Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen erleidet, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung ist jedoch, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- c) infolge passiver oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand.

4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

- a) Auslandsreisen, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit hatte, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch bis 14 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, für Unfälle durch ABC-Waffen sowie im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- b) Terroranschläge in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, sofern sie außerhalb der Territorien der Krieg führender Staaten verübt werden.

4.4. Luftfahrtrisiken

Nicht versichert sind Unfälle

- a) im Rahmen einer Tätigkeit als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird. Die Ausübung von Kite-Sportarten wird nicht als das Führen von Luftsportgeräten angesehen.
- b) im Rahmen einer Tätigkeit als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges.
- c) im Rahmen einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
- d) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

4.5. Motorfahrzeuge

4.5.1. Ausschluss von Rennveranstaltungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges während der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch im Rahmen der dazugehörigen Übungsfahrten besteht kein Versicherungsschutz.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

4.5.2. Motorradrisiko

- a) Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer eines Motorrades.

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich davon ab, ob die versicherte Person Fahrer eines Motorrades ist (Motorradrisiko). Als Motorräder gelten alle Krafträder, Kraftroller, Quads oder Trikes mit einem Hubraum ab 50ccm.

Eine Änderung des Motorradrisikos der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

- b) Wegfall des Motorradrisikos
 - Vermindert sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Wegfall des Motorradrisikos und errechnen sich dadurch bei gleich bleibender Prämie höhere Versicherungssummen, so gelten diese sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
 - Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend verminderter Prämie weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen zugeht.

- c) Hinzukommen des Motorradrisikos

- Erhöht sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Hinzukommen des Motorradrisikos und errechnet sich dadurch bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine höhere Prämie, so gilt diese ab dem Zeitpunkt der Motorradnutzung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung zugeht.
- Wird das höhere Unfallrisiko als Fahrer eines Motorrades nicht angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar vollumfänglich bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Zeitpunkt der Motorradnutzung.

4.6. Strahlenschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Strahlenschäden, soweit diese in Zusammenhang mit Kernenergie stehen.

4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen die überwiegende Ursache ist.

4.8. Heilmaßnahmen

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

- a) die Gesundheitsschäden in ursächlichem Zusammenhang mit unfallbedingten, medizinisch notwendigen Impfungen sowie mit Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen und versicherte Infektionskrankheiten gemäß Ziffer 1.6. der Zusatzbedingungen stehen.
- b) die Heilmaßnahmen oder Eingriffe in ursächlichem Zusammenhang mit einem unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis stehen.
- c) es sich bei den Eingriffen um Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut handelt.

4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten.

Die Leistungen werden jedoch nur erbracht, soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

4.10. Sportausübung

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes-, oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, bei einer entgeltlichen Teilnahme an Wettbewerben und Ligaspielen und bei dem Training für diese Veranstaltungen.

4.11. Berufsunfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobaten, Mitarbeiter von Munitions-, Minensuch- und Räumtruppen, Mitarbeiter von Betrieben, die explosive Stoffe herstellen, lagern oder hiermit Handel treiben, Offshore-Besatzungen, Sprengmeister, Stuntman und Testfahrer, Sportler mit Verträgen oder Lizenzen sowie Berufssportler. (Sportler mit Verträgen oder Lizenzen im Sinne dieser Bedingungen sind Personen, die Ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die Aus-

übung von Sport verdienen oder die durchschnittlich mehr als 3 Stunden am Tag Sport betreiben).

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

5.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Eheschließung oder mit Beginn einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Der Versicherungsschutz besteht allerdings nur dann, wenn für den Ehegatten bzw. Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer bereits eine Unfallversicherung besteht.

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Basic mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Der Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von 3 Monaten gewährt.
- c) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge kein Antrag auf Einschluss des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners gestellt, entfällt der Versicherungsschutz der entsprechenden Person nach Ablauf des versicherten Zeitraumes rückwirkend.

5.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Schwangerschaft, Geburt oder Adoption.

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Basic mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Schwangerschaft
Für Ihre ungeborenen Kinder besteht Unfallversicherungsschutz längstens bis zum Tag der Geburt. Gesundheitsschäden des ungeborenen Kindes sind sowohl bei einer unfallbedingten Einwirkung auf die Mutter, als auch bei einer direkten unfallbedingten Einwirkung auf das Kind versichert.
- c) Geburt eines Kindes
Der Versicherungsschutz für Ihre neugeborenen Kinder wird ab dem Tag der Geburt für einen Zeitraum von 3 Monaten gewährt.
- d) Adoption eines Kindes
Der Versicherungsschutz gilt für Ihre adoptierten Kinder unter 10 Jahren. Er wird ab Rechtswirksamkeit der Adoption für einen Zeitraum von 3 Monaten gewährt.
- e) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge kein Antrag auf Einschluss des neugeborenen oder adoptierten Kindes gestellt, entfällt der Versicherungsschutz des entsprechenden Kindes nach Ablauf des versicherten Zeitraumes rückwirkend.

5.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

- a) Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben,
- wird die Versicherung Ihres Kindes mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
 - wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer
- b) Voraussetzungen für die Prämienbefreiung sind:
- Sie hatten bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und
 - die Versicherung war zum Zeitpunkt des Todes nicht gekündigt und
 - Ihr Tod wurde nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht.

6. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung oder Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung Österreich ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

7. Zusatzpaket Medic

Versicherungsschutz für das Zusatzpaket Medic besteht, sofern dieses im Versicherungsschein aufgeführt ist.

7.1. Pflege-Assistanceleistungen

Die Pflege-Assistanceleistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflichtversicherer oder die gesetzliche Pflegeversicherung sein.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.

Die Pflege-Assistanceleistungen werden ausschließlich in Österreich erbracht.

7.1.1. Pflege-Assistanceleistungen für versicherte Personen

Die versicherte Person hat Anspruch auf die unter Ziffer 7.1.1 a) bis i) aufgeführten Pflege-Assistanceleistungen, sofern eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt wird und bei Eintritt des Unfalles noch keine Pflegebedürftigkeit nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) bestand.

- Die versicherte Person befand sich unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.
- Bei der versicherten Person tritt eine der unter Ziffer 2.2.12 a) bis e) oder Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen ein und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.

Wir übernehmen die Kosten der Vermittlung und Organisation qualifizierter Dienstleister, sowie die notwendigen Kosten der Pflege-Assistanceleistungen.

- a) Tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit.
- b) Bis zu zweimal pro Woche Einkauf von regelmäßig benötigten Waren und Lebensmitteln sowie Erledigung notwendiger Besorgungen (die Kosten für eingekaufte Waren und Lebensmittel werden nicht übernommen).
- c) Bis zu zweimal pro Woche Fahrdienst inkl. Begleitung zu notwendigen Behörden-, Arzt- und Therapieterminen im Umkreis von bis zu 50 km.
- d) Bis zu insgesamt 10 Stunden pro Woche für die Reinigung der Wohnung, die Reinigung und Versorgung von Wäsche sowie die Versorgung von Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten).
- e) Sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
- f) Notfall-Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen.
- g) Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach dem Spitalaufenthalt, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- h) Information zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Empfehlung geeigneter Pflegeeinrichtungen, Beratung über Pflegehilfsmittel sowie Vermittlung einer Pflegeschulung für Angehörige.
- i) Tägliche Grundpflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die Leistung wird für 2 Monate ab Geltendmachung der Unfallleistung erbracht, längstens jedoch bis zu 6 Monate ab dem Unfallereignis.

Sofern in den jeweiligen Bestimmungen nichts anderes vereinbart ist, enden sämtliche unter Ziffer 7.1.1 a) bis h) aufgeführten Pflege-Assistanceleistungen spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis.

7.1.2. Pflege-Assistanceleistungen für Angehörige

- a) Die gemäß Ziffer 7.1.1. a) bis i) der Zusatzbedingungen beschriebenen Pflege-Assistanceleistungen werden auch für die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden pflegebedürftigen Angehörigen erbracht.

- b) Die versicherte Person hat Anspruch auf die Pflege-Assistanceleistungen für pflegebedürftige Angehörige, sofern die folgende Voraussetzungen erfüllt werden:
- Bei der versicherten Person ist eine der unter Ziffer 2.2.12 a) bis e) oder Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eingetreten.
 - Die pflegebedürftigen Angehörigen waren bereits vor dem Unfall der versicherten Person ganz oder teilweise nicht in der Lage, die Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen.
 - Die Pflegeaufgaben wurden bereits vor dem Unfallzeitpunkt von der versicherten Person wahrgenommen.
- c) Die Leistungen werden längstens bis 2 Monate nach dem Unfallereignis erbracht.

7.2. Schwere Erkrankungen

7.2.1. Was ist versichert?

Wir zahlen bei Vorliegen einer der aufgeführten schweren Erkrankungen, deren endgültige, nachweislich belegte Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt, einen einmaligen Betrag von 2.000 Euro.

7.2.2. Allgemeine Erläuterungen

- a) Die unter Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen genannten qualifizierten Ärzte bzw. Fachärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.
- b) Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

7.2.3. Allgemeine Ausschlüsse

- a) Grundsätzlich leisten wir für Leistungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person verursacht worden ist
- durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
 - durch Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol sowie durch den Konsum in Deutschland illegaler Drogen.
- b) Beachten Sie bitte auch die Ausschlüsse bestimmter Eingriffe und Krankheitsbilder. Diese sind jeweils in den Bestimmungen und Beschreibungen der versicherten schweren Krankheiten aufgeführt.
- c) Darüber hinaus weisen wir explizit auf die Wartezeiten hin, die bei der versicherten Angioplastie am Herzen gemäß Ziffer 7.2.5.3 der Zusatzbedingungen, bei den versicherten Krebserkrankungen gemäß Ziffer 7.2.5.8 und Ziffer 7.2.5.9 der Zusatzbedingungen und bei Multipler Sklerose gemäß Ziffer 7.2.5.14 der Zusatzbedingungen zu beachten sind.

7.2.4. Regelung bei Eintritt eines Leistungsfalles

Sofern ein versicherter Leistungsfall aus einer der nach Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen versicherten schweren Erkrankung eingetreten ist, endet automatisch der Versicherungsschutz für die betroffene Erkrankung. Der Versicherungsschutz für alle anderen unter Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen aufgeführten schweren Erkrankungen bleibt dagegen unverändert bestehen.

7.2.5. Versicherte schwere Erkrankungen

7.2.5.1. Herzinfarkt

- a) Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie

bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels absterbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- die Diagnose Angina Pectoris.
 - Herzinfarkte, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.2. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

- a) Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.3. Angioplastie am Herzen

- a) Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 Prozent verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- Implantation von Metallgeflechtem (Stents)
- Atherektomie
- Ballondilatation und Rotarablation
- Laser

Vereinfachte Erläuterung:

Mit verschiedenen Techniken können Herzkranzgefäße erweitert werden. Hierdurch ist es möglich, Ablagerungen an den Gefäßwänden zu entfernen und die Arterie möglichst dauerhaft für das Blut wieder durchgängig zu machen.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Abschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.4. Aortenplastik

- a) Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden.

Beispiele versicherter Eingriffe sind:

- Eingriffe an der Aortenbifurkation
- chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma
- Aortendisektion.

Vereinfachte Erläuterung:

Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- das Einbringen von Stents mittels minimal invasiven Verfahren und Eingriffen an den Seitenästen der Aorta.
 - eine Aortenplastik am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.5. Herzklappenoperation

- a) Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.

Vereinfachte Erläuterung:

Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Herzklappen-Operation, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.6. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

- a) Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (physische Einschränkung von mindestens Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

Vereinfachte Erläuterung:

Kardiomyopathie ist ein ernst zu nehmender Zustand oft unbekannter Ursache, wobei der Herzmuskel nicht mehr in der Lage ist, Blut effektiv durch den Körper zu pumpen. Manchmal ist dieser Zustand nur vorübergehend, in einigen Fällen entwickelt sich jedoch eine andauernde Herzschwäche.

Eine permanente Kardiomyopathie kann nicht geheilt werden und verschlimmert sich mit der Zeit. Symptome sind Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung, Brustschmerzen und ein allgemeines Schwächegefühl.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Erkrankungen des Herzmuskels, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.7. Schlaganfall

- a) Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen. Ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA).

Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Bluteere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für Schlaganfälle, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.8. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

- a) Krebs ist die Diagnose eines fortgeschrittenen, bösartigen Tumors. Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM Klassifikation maligner Tumore, Siebente Auflage“ der International Union against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I – IV). Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der WHO (World Health Orga-

nisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Diagnose einer Krebserkrankung ab Stadium III bzw. Schweregrad III bei Hirntumoren.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS)
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
- Krebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.9. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

- a) Unter diese Begriffe fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells.
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für alle Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebserkrankungen des Stadiums 3 oder größer.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Es besteht kein Versicherungsschutz für Lymphknoten- oder Blutkrebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.10. Nierenversagen

- a) Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für ein Nierenversagen, das bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.11. Fortgeschrittene Lebererkrankung

- a) Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Hepatische Enzephalopathie
- Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- Permanente Gelbsucht
- Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine fortgeschrittene Lebererkrankung hat das Versagen der meisten oder sogar aller Leberfunktionen zur Folge. Charakteristische Anzeichen für diese Erkrankung sind die oben erwähnten Symptome. Gelbsucht lässt die Haut gelblich erscheinen und ist üblicherweise ein Anzeichen für eine nicht richtig funktionierende Leber. „Wasserbauch“ beschreibt eine Flüssigkeitsansammlung im Bauchbereich. Unter der hepatischen Enzephalopathie versteht man Bewusstseinsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen als Folge des Leberversagens.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lebererkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.12. Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

- a) Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenkrankheiten nachgewiesen werden:

- Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
- Ruhedyspnoe
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger (PaO₂ < 55 mm Hg)

Vereinfachte Erläuterung:

Bei der so genannten chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung kommt es zu einer Verengung großer Bereiche der Atemwege, was vor allem beim Ausatmen zu einem erhöhten Atemwegwiderstand führt. Eine Folge kann die Ausbildung eines Emphysems sein, d. h., der normale Aufbau der Lunge ist zerstört und es kommt zu einer Lungenblähung.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lungenerkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.13. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

- a) Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Kinderlähmung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.14. Multiple Sklerose

- a) Definition der versicherten Multiple Sklerose:
Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.

Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren nicht in der Lage ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zu-

rückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

- Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

- b) Wartezeiten bei MS Erkrankungen sowie Leistungsausschlüsse:
Es besteht kein Versicherungsschutz für MS Erkrankungen, deren erstmalige Symptome vor dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder innerhalb der ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert worden sind bzw. diagnostiziert werden.

7.2.5.15. Gutartiger Hirntumor

- a) Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein gutartiger Tumor ist gekennzeichnet durch ein nicht krebsartiges abnormales Gewebewachstum. Ein solcher Tumor im Gehirn ist sehr ernst zu nehmen, auch wenn er nicht krebsartig ist. Der wachsende Tumor kann Druck auf andere Bereiche des Gehirns ausüben und daher lebensbedrohlich sein, wenn er nicht entfernt wird.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule.
 - gutartige Hirntumore, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.16. Bakterielle Meningitis

- a) Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Schädigung (z. B. Sprachstörungen, Halbseitenlähmung) führt. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch eine Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit (Liquor) nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Meningitis ist eine Entzündung der harten oder weichen Hirnhaut sowie der Rückenmarkshäute. Die Infektion kann durch Bakterien, Viren, Protozoen (meist tropische Parasiten) oder Pilze verursacht sein. Allgemein ist die Erkrankung als „Hirnhautentzündung“ bekannt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine bakterielle Meningitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.17. Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

- a) Die Erkrankung muss vor dem 68. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Charakteristisch für eine Alzheimer-Erkrankung ist der fortschreitende Verlust von Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteilsvermögen und Intelligenz. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht aufzuhalten. Symptome zeigen sich in einer Verminderung der Gehirngröße und einem Verlust von Nervenzellen im Gehirn.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.18. Enzephalitis

- a) Schwere Entzündung des Hirngewebes, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Störung (z. B. Sprachstörungen) geführt hat. Diese Schädigung muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Enzephalitis ist eine Entzündung der grauen bzw. weißen Substanz des Hirngewebes oder des gesamten Gehirns und wird verursacht durch Bakterien, Viren oder Protozoen (meist tropische Parasiten).

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Enzephalitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.19. Pflegebedürftigkeit

- a) Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II, III, IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012).
- b) Kein Versicherungsschutz besteht, sofern bereits vor Vertragsabschluss eine Pflegebedürftigkeit bestand oder festgestellt wurde.

Der Leistungsfall

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

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

- a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.
- b) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c) Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung gemäß Ziffer 7 a) und b) innerhalb des ersten Jahres vom Unfalltag an gerechnet bei uns einreichen.
- d) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
Kann bei Selbstständigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen werden, wird ein fester Betrag von 2 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro erstattet.
- e) 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.
- f) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- a) Wird eine Obliegenheit gemäß Ziffer 7 der Zusatzbedingungen vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.
- b) Bei grob fahrlässiger 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.

- c) Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung jedoch nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.

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

10. Wann sind die Leistungen fällig?

- a) 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.
- b) Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- c) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- d) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- e) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht gemäß Ziffer 9 a), von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- f) Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
- g) 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.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Unfallversicherung Balance Österreich

(Stand 01.04.2013)

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung
2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung
6. Innovationsupdate

7. Zusatzpaket Medic
8. Zusatzpaket Plus

Der Leistungsfall

9. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
10. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
11. Wann sind die Leistungen fällig?

Für die Hilfeleistungen steht Ihnen das

Janitos Assistance Center

24 Stunden – „rund um die Uhr“ – 365 Tage im Jahr
unter der Telefonnummer

+43 (0) 800 222 774

zur Verfügung.

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung

1.1. Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt.

1.3. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- a) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln, Menisken oder Knorpel gezerzt oder zerrissen werden oder
- b) Schädigungen an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule eintreten oder
- c) Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs

Als Unfall gilt/gelten auch:

- a) das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden, sofern die versicherte Person diese infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erlitten hat.
- b) plötzlich von außen auf den Körper wirkende mechanische, chemische, thermische oder elektrische Schädigungen sowie Schall-, Explosions- und sonstige Druckwellen.
- c) wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände über einen Zeitraum von mehreren Stunden ausgesetzt war.
- d) das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs.
- e) Gesundheitsschädigungen oder der Tod durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Dies gilt jedoch nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper verweigert wird.
- f) das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamen-

tenentzug. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung verzichtet.

- g) Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen,
 - die infolge von Unfallverletzungen verursacht wurden. Dies beinhaltet auch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sowie Tierbisse oder -stiche.
 - die infolge von unfallbedingten Heilmaßnahmen verursacht wurden.
- h) Gesundheitsschäden infolge der Aufnahme von Nahrung oder sonstiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es dadurch zu Vergiftungen oder allergischen Reaktionen kommt.
- i) Gesundheitsschäden infolge von Erfrierungen sowie der Erfrierungstod.
- j) der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- k) tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Darüber hinaus sind die Kosten für Dekompressionskammerbehandlungen gemäß Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen mitversichert.

Die unter Ziffer 1.5 b) bis k) genannten Unfälle sind nur versichert, sofern die versicherte Person die Gesundheitsschädigungen unfreiwillig erlitten hat.

1.6. Infektionen

Im Rahmen der Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente gemäß Ziffer 2.1.1. und 2.1.2. der Zusatzbedingungen gilt die erstmalige ärztliche Diagnose von Infektionen bzw. Infektionskrankheiten als Unfall, die in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstanden sind und aus deren Krankheitsgeschichte, Befund oder Natur hervorgeht, dass durch das Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase Krankheitserreger in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase gelangen.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die erstmalige ärztliche Diagnose der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheins stattfindet.

2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen

2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1.1. Invaliditätsleistung

Versicherungsschutz für Invaliditätsleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Infolge eines Unfalles muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein.
- Die Invalidität muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden.
- Die Invalidität muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

2.1.1.2 Art und Höhe der Leistung

- Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung gezahlt.
- Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.
- Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in der vereinbarten Gliedertaxenvariante festgelegten, in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Welche Gliedertaxenvariante für Ihren Vertrag Gültigkeit hat, hängt davon ab, welche Variante Sie mit uns vereinbart haben und ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Trend	Gliedertaxe Top	Gliedertaxe Hand	Gliedertaxe Stimme	Gliedertaxe Med
beide Augen	100	100	100	100	100
ein Auge	50	50	50	70	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	65	100	100	100	100
Gehör beider Ohren	60	70	70	100	100
Gehör eines Ohres	30	35	35	70	70
Gehör eines Ohres, sofern das des anderen bereits vollständig verloren war	45	100	100	100	100
Geruchssinn	15	20	20	25	25
Geschmackssinn	10	20	20	25	25
Stimme	60	100	100	100	100
Arm	70	75	100	80	100
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70	70	100	75	100
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65	65	100	70	100
Hand	65	65	100	65	100
Daumen	25	30	60	30	100
Zeigefinger	10	20	60	20	75
anderer Finger	5	10	20	10	20
sämtliche Finger einer Hand maximal	-	75	-	75	-
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70	70	70	80	80
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70	70	70	75	75
Bein bis unterhalb des Knies	60	60	60	70	70
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50	55	55	60	60
Fuß	45	50	50	50	50
große Zehe	5	8	8	8	8
andere Zehe	2	5	5	5	5
beide Nieren	100	100	100	100	100
eine Niere	25	25	25	25	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	75	100	100	100	100

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Trend	Gliedertaxe Top	Gliedertaxe Hand	Gliedertaxe Stimme	Gliedertaxe Med
Milz	10	10	10	10	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20	20	20	20	20
Gallenblase	-	10	10	10	10
Magen	-	30	30	30	30
Dünndarm	-	30	30	30	30
Dickdarm	-	30	30	30	30
ein Lungenflügel	-	50	50	50	50
Leber	-	50	50	50	50
Bauchspeicheldrüse	-	35	35	35	35

- Bei allen nicht in der Gliedertaxe genannten Körperteilen, Körperfunktionen und Sinnesorganen, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- Bei den in der Gliedertaxe genannten inneren Organen können Sie vor der gutachterlichen Erstbewertung in Textform verlangen, dass keine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.1.2 c), sondern eine individuelle ärztliche Einschätzung anhand medizinischer Gesichtspunkte gemäß Ziffer 2.1.1.2 d) erfolgen soll.
- Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.1.3 Tod der versicherten Person nach dem Unfall

Stirbt die versicherte Person

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- nachdem ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden war aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder unabhängig von der Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.1.4 Progressionsmodell

Im Grundmodell entspricht die Kapitalleistung dem durch den Grad der Invalidität bezeichneten Prozentsatz der Invaliditätssumme. In den Progressionsmodellen ist der als Kapitalleistung zu erbringende Prozentsatz der Invaliditätssumme bei bestimmten Invaliditätsgraden höher als der Invaliditätsgrad.

Das mit uns für die jeweilige versicherte Person vereinbarte Leistungsmodell (Progression) ergibt sich aus dem Versicherungsschein und seinen jeweiligen Nachträgen.

Führt ein versicherter Unfall gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent, so erhöht sich die Leistung wie folgt:

- Progressionsmodell 225
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
- Progressionsmodell 300
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt.
- Progressionsmodell 400
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.

- d) Progressionsmodell 500
- der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird elffach entschädigt.
- e) Progressionsmodell 750
- der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtfach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtzehnfach entschädigt.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung je nach vereinbartem Leistungsmodell (Progression) und Invaliditätsgrad:

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25
26	26	27	28	28	28	28
27	27	29	31	31	31	31
28	28	31	34	34	34	34
29	29	33	37	37	37	37
30	30	35	40	40	40	40
31	31	37	43	43	43	43
32	32	39	46	46	46	46
33	33	41	49	49	49	49
34	34	43	52	52	52	52
35	35	45	55	55	55	55
36	36	47	58	58	58	58
37	37	49	61	61	61	61
38	38	51	64	64	64	64
39	39	53	67	67	67	67
40	40	55	70	70	70	70
41	41	57	73	73	73	73
42	42	59	76	76	76	76
43	43	61	79	79	79	79
44	44	63	82	82	82	82
45	45	65	85	85	85	85
46	46	67	88	88	88	88
47	47	69	91	91	91	91
48	48	71	94	94	94	94
49	49	73	97	97	97	97
50	50	75	100	100	100	100
51	51	78	104	105	105	108

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
52	52	81	108	110	110	116
53	53	84	112	115	115	124
54	54	87	116	120	120	132
55	55	90	120	125	125	140
56	56	93	124	130	130	148
57	57	96	128	135	135	156
58	58	99	132	140	140	164
59	59	102	136	145	145	172
60	60	105	140	150	150	180
61	61	108	144	155	155	188
62	62	111	148	160	160	196
63	63	114	152	165	165	204
64	64	117	156	170	170	212
65	65	120	160	175	175	220
66	66	123	164	180	180	228
67	67	126	168	185	185	236
68	68	129	172	190	190	244
69	69	132	176	195	195	252
70	70	135	180	200	200	260
71	71	138	184	205	205	268
72	72	141	188	210	210	276
73	73	144	192	215	215	284
74	74	147	196	220	220	292
75	75	150	200	225	225	300
76	76	153	204	232	236	318
77	77	156	208	239	247	336
78	78	159	212	246	258	354
79	79	162	216	253	269	372
80	80	165	220	260	280	390
81	81	168	224	267	291	408
82	82	171	228	274	302	426
83	83	174	232	281	313	444
84	84	177	236	288	324	462
85	85	180	240	295	335	480
86	86	183	244	302	346	498
87	87	186	248	309	357	516
88	88	189	252	316	368	534
89	89	192	256	323	379	552
90	90	195	260	330	390	570
91	91	198	264	337	401	588
92	92	201	268	344	412	606
93	93	204	272	351	423	624
94	94	207	276	358	434	642
95	95	210	280	365	445	660
96	96	213	284	372	456	678
97	97	216	288	379	467	696
98	98	219	292	386	478	714
99	99	222	296	393	489	732
100	100	225	300	400	500	750

2.1.2. Unfall-Rente

Versicherungsschutz für Unfall-Rente besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- a) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 35 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):
Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent eingetreten ist.
- b) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 50 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):
Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent eingetreten ist.

- c) Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei der Unfall-Rente gilt abweichend von Ziffer 2.1.1.2 c) der Zusatzbedingungen ausschließlich die nachfolgende Gliedertaxe „Rente“.
- Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- d) Eine Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrades entsprechend dem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen erfolgt generell nicht.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Rente
beide Augen	100
ein Auge	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	80
Gehör beider Ohren	100
Gehör eines Ohres	70
Gehör eines Ohres, sofern das Gehör des anderen bereits vollständig verloren war	80
Geruchssinn	10
Geschmackssinn	10
Stimme	60
Arm	75
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65
Hand	65
Daumen	30
Zeigefinger	20
anderer Finger	10
sämtliche Finger einer Hand maximal	75
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis unterhalb des Knies	60
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55
Fuß	50
große Zehe	8
andere Zehe	5
beide Nieren	100
eine Niere	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	100
Milz	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20
Gallenblase	10
Magen	30
Dünndarm	30
Dickdarm	30
ein Lungenflügel	50
Leber	50
Bauchspeicheldrüse	35

2.1.2.2 Höhe der Leistung

Die Unfall-Rente wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt. Die Zahlung erfolgt monatlich im Voraus.

Die Unfall-Rente wird bis zum Ersten des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt. Zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- eine nach Ziffer 11 der Zusatzbedingungen vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 a) oder 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 b) gesunken ist.

2.1.3. Unfall-Tagegeld

Versicherungsschutz für Unfall-Tagegeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Tagegeld wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung ist.

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt.

Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

2.1.3.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

2.1.3.3 Dauer der Leistung

Unfall-Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 365 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.1.4. Unfall-Spitalgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Spitalgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, mindestens jedoch für 3 Tage,

- an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heil- oder Rehabilitationsbehandlung befindet.
- an dem bei der versicherten Person unfallbedingt ein medizinisch notwendiger ambulant-operativer Eingriff durchgeführt wird.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heil- oder Rehabilitationsbehandlung.

2.1.4.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Spitalgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.4.3 Beginn und Dauer der Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird, vom Unfalltag an gerechnet, innerhalb eines Zeitraums von längstens 2 Jahren gezahlt.

2.1.5. Unfall-Genesungsgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Genesungsgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Genesungsgeld wird gezahlt, sofern ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen besteht.

2.1.5.2 Höhe der Leistung

Das Unfall-Genesungsgeld wird in gleicher Höhe wie die vereinbarte Versicherungssumme für das Unfall-Spitalgeld gezahlt.

2.1.5.3 Dauer der Leistung

Unfall-Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen bestand, längstens jedoch für 100 Tage.

2.1.6. Unfall-Todesfalleistung

Versicherungsschutz für Unfall-Todesfalleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die vereinbarte Unfall-Todesfalleistung wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall verstirbt. War im zweiten Jahr ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung entstanden, ist diese auf die Todesfalleistung anzurechnen.

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf die Unfall-Todesfalleistung, sofern die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

2.1.6.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, wird die doppelte Versicherungssumme gezahlt, maximal jedoch 30.000 Euro. Voraussetzung ist, dass mindestens ein erbberechtigtes Kind der verstorbenen Elternteile das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bestehen für die versicherten Elternteile bei Janitos mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.1.7. Heilkosten

Versicherungsschutz für Heilkosten besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unter Ziffer 2.1.7.2 der Zusatzbedingungen genannten Kosten werden nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten.

2.1.7.2 Art und Höhe der Leistung

- Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb eines Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.
- Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- Die Entschädigung der genannten Kosten ist auf den im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag begrenzt.

2.1.7.3 Kündigung der Leistung

Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform verlangen, dass dieser Versicherungsschutz für Heilkosten mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entfällt.

Macht der Versicherer von diesem Recht gemäß Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer diesen Vertrag innerhalb eines Monats ab Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

2.2. Versicherte prämienfreie Leistungen

- Die folgenden, prämienfreien Leistungen gelten automatisch versichert, sofern mindestens die Leistungsart Invaliditätsleistung oder Unfall-Rente vereinbart wurde.
- Bestehen bei Janitos mehrere Unfallversicherungen, können die prämienfreien Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- Die prämienfreien Leistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflicht- oder Krankenversicherer sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.
- Beziehen sich prämienfreie Leistungen auf Unfälle im Ausland, dann gilt der Versicherungsschutz in allen Ländern, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten

- Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Die Kosten ersetzen wir auch dann, wenn ein Unfall nicht eingetreten ist, aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

- Darüber hinaus übernehmen wir die im Rahmen von Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen anfallenden Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden bei der versicherten Person notwendig sind.
- Der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ist auf insgesamt 30.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen insgesamt maximal 35.000 Euro.

2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

- Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten für den Transport der versicherten Person in das nächste Spital oder in eine Spezialklinik, soweit er ärztlich angeordnet oder nach Art der Verletzung unvermeidbar war.
 - Mehraufwendungen für den Rücktransport der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit sie auf ärztliche Anordnungen zurückzuführen sind oder nach Art der Verletzung unvermeidbar waren. Die Leistungen umfassen dabei auch Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.
- Die Kosten für Kranken- und Rücktransporte werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 30.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 35.000 Euro.
- Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Krankentransporte und Flugrückholungen.

2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Nach einem Tauchunfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer.

Darüber hinaus werden weitere, im Rahmen der Dekompressionstherapie anfallende, medizinisch notwendige Behandlungskosten übernommen, soweit diese auf Anweisungen des behandelnden Arztes zurückgehen.

Die Behandlungskosten werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 30.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 35.000 Euro.

2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation der Bestattung bzw. Überführung.

2.2.5. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

2.2.5.1. Unfallbedingte kosmetische Operationen und Zahnersatz

- Wurden unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person durch eine infolge des Unfalles durchgeführte Heilbehandlung nicht beseitigt, ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten der kosmetischen Operationen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.
 - Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zur Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen durch den Verlust oder Teilverlust von Front- und Eckzähnen.
- Ersetzt werden die Kosten für Arzthonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen und Zahnbehandlungen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Spital.
- Voraussetzung für die Leistungen ist, dass die kosmetischen Operationen sowie die Zahn- und Zahnersatzbehandlungen spätestens bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sind.

Hat die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operationen und Behandlungen vor Vollendung des 21. Lebensjahres erfolgen.
- Der Kostenersatz für kosmetische Operationen und Zahnersatz ist auf insgesamt 30.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 35.000 Euro.

2.2.5.2. Kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen

Der Versicherungsschutz für kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen besteht, sofern das Zusatzpaket Medic im Versicherungsschein aufgeführt ist.

- a) Ein Anspruch auf Kostenersatz für kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen besteht, sofern zuvor ein Anspruch auf eine Zahlung gemäß Ziffer 7.2. der Zusatzbedingungen entstanden ist und die schwere Erkrankung ursächlich zu einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person geführt hat.
- b) Darüber hinaus entsteht – abweichend von Ziffer 7.2.5.8 und 7.2.5.9 der Zusatzbedingungen – bei einer Krebserkrankung bereits ab Stadium/Schweregrad I bzw. Stadium 1 ein Anspruch auf Kostenersatz für kosmetische Operationen, sofern diese ursächlich zu einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person geführt hat.
- c) Ersetzt werden die notwendigen
 - Kosten der kosmetischen bzw. plastischen Operationen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.
 - Kosten der Kosmetikerbehandlungen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.
- d) Die Leistungen umfassen die Kosten für Arzt- und Kosmetikerhonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen und Behandlungen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Spital.
- e) Der Kostenersatz für kosmetische bzw. plastische Operationen und Kosmetikbehandlungen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.
- f) Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die Erkrankung bereits vor Antragstellung bestand oder diagnostiziert wurde.

2.2.6. Auslandsleistungen

Um unsere Hilfs- und Assistanceteleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist es notwendig, dass Sie an uns oder unsere Dienstleister alle sachdienlichen Informationen weitergeben, die eine Einschätzung über den Umfang der erforderlichen Hilfeleistung ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind unter Umständen auch Einverständniserklärungen zu erteilen.

Für die Inanspruchnahme von Kostenerstattungen sind Maßnahmen und Leistungen zuvor mit dem Janitos Assistance Center abzustimmen.

Falls ein Unfall durch eine dritte Person verursacht wurde, sind die Anweisungen des Janitos Assistance Centers einzuholen, um eventuelle Regressansprüche zu sichern.

Im Rahmen der Hilfs- und Assistanceteleistungen gewähren wir nach einem Unfall der versicherten Person im Ausland die folgenden Leistungen:

- a) 24-Stunden-Informationsdienst
Das Janitos Assistance Center steht Ihnen bzw. der versicherten Person 24 Stunden, „rund um die Uhr“, 365 Tage im Jahr, in unfallbedingten Notsituationen unter folgender Service-Telefonnummer zur Verfügung:

+43 (0) 800 222 774

Das Janitos Assistance Center bietet allgemeine Beratung über Maßnahmen in Notsituationen, insbesondere medizinische Notfälle, sowie Auskünfte über Notdienste von Apotheken, Ärzten und Spitälern.

Darüber hinaus leistet es auf Wunsch auch organisatorische und vermittelnde Unterstützung für die unter Ziffer 2.2.6. c) bis h) beschriebenen Leistungsfälle.

- b) Informationsleistungen
Das Janitos Assistance Center informiert auf Wunsch über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Soweit möglich benennt sie einen deutsch oder englisch sprechenden Arzt. Auf Wunsch stellt das Janitos Assistance Center auch den Kontakt zum Arzt selbst her.
Befindet sich die versicherte Person in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, stellt das Janitos Assistance Center auf Wunsch über einen von ihr beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Spitalärzten her.
Während des Spitalaufenthaltes sorgt das Janitos Assistance Center für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.
Auf Wunsch werden auch die Angehörigen und/oder der Arbeitgeber der versicherten Person informiert.
- c) Kostenübernahmegarantie bei Spitalaufenthalten

Das Janitos Assistance Center gibt bei einer unfallbedingten und medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person, soweit erforderlich, eine Kostenübernahmegarantie bis zu 15.000 Euro ab. Die vom Janitos Assistance Center verauslagten Beträge sind von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung zurückzuzahlen.

- d) Arznei-, Hilfsmittel und medizinische Geräte
Wir ersetzen die Versand- und Zolllkosten für Arznei-, Hilfsmittel und medizinische Geräte, sofern diese medizinisch notwendig und vor Ort nicht erhältlich sind oder nicht zur Verfügung stehen.
- e) Rückreise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten
Wir ersetzen die zusätzlichen Rückreise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten des Verunfallten, des mitreisenden (Ehe-)Partners, mitreisender Familienangehöriger sowie sonstiger mitreisender, bei Janitos unfallversicherter Personen, sofern diese infolge eines Spitalaufenthaltes notwendig werden.
- f) Rückreisebegleitung
Wir ersetzen die zusätzlichen Rückreisekosten - inkl. Kosten einer Begleitperson - für mitreisende (Ehe-)Partner, mitreisende Familienangehörige sowie für sonstige mitreisende, bei Janitos unfallversicherte Personen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die genannten Personen alters- oder krankheitsbedingt bei der Rückreise auf eine Begleitperson angewiesen sind und durch die Situation nach dem Unfall eine Betreuung vor Ort nicht möglich ist.
- g) Heimtransport von Haustieren
Wir ersetzen die zusätzlichen Kosten für den Heimtransport mitgeführter Haustiere des Verunfallten, sofern dieser unfallbedingt seinen Versorgungspflichten nicht nachkommen kann.
- h) Krankenbesuche
Befindet sich die versicherte Person für voraussichtlich länger als 7 aufeinander folgende Tage in einer notwendigen vollstationären Heilbehandlung im Ausland, ersetzen wir einmalig die Reisekosten einer dem Verunfallten nahestehenden Person zum Ort des Spitals und von dort zurück zum Wohnort.

2.2.7. Kur- und Rehabilitationskosten

- a) Wir ersetzen die unfallbedingten, medizinisch notwendigen Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen der versicherten Person, sofern die Maßnahmen
 - infolge eines Unfalles notwendig werden, welcher gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen zu einem dauerhaften Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent geführt hat und
 - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden und
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einer Woche durchgeführt werden.
- b) Die Voraussetzungen, wie auch die medizinische Notwendigkeit, sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Nicht als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bestimmungen gelten stationäre Behandlungen, bei denen die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- d) Der Kostenersatz für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ist auf insgesamt 15.000 Euro begrenzt.

2.2.8. Umschulungsmaßnahmen

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern
 - die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich auf die Folgen eines Unfalles der versicherten Person – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – zurückzuführen sind und
 - die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
 - die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.
- b) Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

2.2.9. Psychologische Betreuung

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten für psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern
 - diese aufgrund einer direkten oder indirekten Unfallwirkung ärztlich angeordnet werden oder

- die versicherte Person unfallbedingt einen Leistungsanspruch auf Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen gemäß Ziffer 2.2.12. der Zusatzbedingungen hat oder
 - die versicherte Person einen Leistungsanspruch auf Kapitalleistungen gemäß Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen hat oder
 - eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles tödlich verletzt wird oder
 - die versicherte Person Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist, und danach eine psychologische Soforthilfe ärztlich angeordnet wird.
- b) Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist auf insgesamt 500 Euro begrenzt.

2.2.10. Besondere Leistungen für Kinder

2.2.10.1. Zusätzliche Todesfalleistung

Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, wird zusätzlich – unabhängig von einem bereits vertraglich vereinbarten Todesfallschutz – eine Todesfalleistung von 10.000 Euro erbracht.

Voraussetzung ist, dass mindestens 1 Kind der versicherten Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.2.10.2. Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungs- und Betreuungspflichten für im Haushalt lebende minderjährige Kinder nicht nachkommen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe.
- b) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 25 Euro pro Tag. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Kinderbetreuung bzw. Haushaltshilfe.
- c) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 30 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.10.3. Rooming-in-Leistung

- a) Befindet sich ein versichertes Kind nach einem Unfall, der sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, übernehmen wir die notwendigen Kosten für die Übernachtung eines Erziehungsberechtigten im Spital (Rooming-in).
- b) Je Übernachtung werden maximal 25 Euro ersetzt. Insgesamt übernehmen wir die Kosten für maximal 20 Übernachtungen.
- c) Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.2.11. Versorgung von Haustieren

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.
- b) Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.
- c) Die Höhe der Leistung beträgt maximal 25 Euro pro Tag. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Unterbringung.
- d) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 14 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.12. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Wir zahlen bei Eintritt einer der unter a) bis e) genannten schweren Unfallverletzungen eine Sofortleistung in Höhe von 15.000 Euro, maximal jedoch die versicherte Invaliditätssumme (Grundsomme ohne Progression).

Voraussetzung für die Leistung ist der Nachweis der Schwerverletzung infolge eines Unfalles durch eine schriftliche ärztliche Diagnose.

Ein Anspruch auf die Sofortleistung besteht jedoch nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt.

Die Sofortleistung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht allerdings nicht, wenn

die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

- a) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand.
- b) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks.
- c) Dauerhafte Erblindung beider Augen.
- d) Dauerhafte Verminderung der Sehschärfe an jedem Auge um mindestens 60 Prozent.
- e) Dauerhafte Hemiparese nach Schädel-Hirn-Trauma.

2.2.13. Kapitaleistung bei schweren Verbrennungen

- a) Erleidet die versicherte Person unfreiwillig Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche, zahlen wir eine Kapitaleistung in Höhe von 18.000 Euro, maximal jedoch die versicherte Invaliditätssumme (Grundsomme ohne Progression).
- b) Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest sowie die Geltendmachung der Leistung in Textform innerhalb von 3 Jahren nach dem Verletzungsereignis.
- c) Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen, wird die Kapitaleistung auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet.
Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Verletzungsereignis an dessen Folgen verstirbt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt dieser Mitwirkungsanteil jedoch weniger als 50 Prozent, unterbleibt die Minderung.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für:

- a) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- b) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden.
- c) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums. Beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 Promille nicht übersteigt.
- d) Unfälle unter Medikamenteneinfluss. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorlag.
- e) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle.
- f) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Schlaganfalls.
- g) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarkts.
- h) Unfälle im Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Unfälle durch Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie Unfälle durch Erschrecken.

4.2. Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle,

- a) die eine minderjährige versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper erleidet, sofern durch die Herstellung oder den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

- b) die eine minderjährige versicherte Person beim Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen erleidet, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung ist jedoch, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- c) infolge passiver oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand.

4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

- a) Auslandsreisen, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit hatte, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch bis 14 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, für Unfälle durch ABC-Waffen sowie im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- b) Terroranschläge in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, sofern sie außerhalb der Territorien der Krieg führender Staaten verübt werden.

4.4. Luftfahrtrisiken

Nicht versichert sind Unfälle

- a) im Rahmen einer Tätigkeit als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird. Die Ausübung von Kite-Sportarten wird nicht als das Führen von Luftsportgeräten angesehen.
- b) im Rahmen einer Tätigkeit als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges.
- c) im Rahmen einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
- d) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

4.5. Motorfahrzeuge

4.5.1. Ausschluss von Rennveranstaltungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges während der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch im Rahmen der dazugehörigen Übungsfahrten besteht kein Versicherungsschutz.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

4.5.2. Motorradrisiko

- a) Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer eines Motorrades.

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich davon ab, ob die versicherte Person Fahrer eines Motorrades ist (Motorradrisiko). Als Motorräder gelten alle Krafträder, Kraftroller, Quads oder Trikes mit einem Hubraum ab 50ccm.

Eine Änderung des Motorradrisikos der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

- b) Wegfall des Motorradrisikos
 - Vermindert sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Wegfall des Motorradrisikos und errechnen sich dadurch bei gleich bleibender Prämie höhere Versicherungssummen, so gelten diese sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
 - Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend verminderter Prämie weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen zugeht.

- c) Hinzukommen des Motorradrisikos

- Erhöht sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Hinzukommen des Motorradrisikos und errechnet sich dadurch bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine höhere Prämie, so gilt diese ab dem Zeitpunkt der Motorradnutzung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
- Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung zugeht.
- Wird das höhere Unfallrisiko als Fahrer eines Motorrades nicht angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar vollumfänglich bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Zeitpunkt der Motorradnutzung.

4.6. Strahlenschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Strahlenschäden, soweit diese in Zusammenhang mit Kernenergie stehen.

4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen die überwiegende Ursache ist.

4.8. Heilmaßnahmen

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

- a) die Gesundheitsschäden in ursächlichem Zusammenhang mit unfallbedingten, medizinisch notwendigen Impfungen sowie mit Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen und versicherte Infektionskrankheiten gemäß Ziffer 1.6. der Zusatzbedingungen stehen.
- b) die Heilmaßnahmen oder Eingriffe in ursächlichem Zusammenhang mit einem unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis stehen.
- c) es sich bei den Eingriffen um Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut handelt.

4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten.

Die Leistungen werden jedoch nur erbracht, soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

4.10. Sportausübung

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes-, oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, bei einer entgeltlichen Teilnahme an Wettbewerben und Ligaspielen und bei dem Training für diese Veranstaltungen.

4.11. Berufsunfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobaten, Mitarbeiter von Munitions-, Minensuch- und Räumtrupps, Mitarbeiter von Betrieben, die explosive Stoffe herstellen, lagern oder hiermit Handel treiben, Offshore-Besatzungen, Sprengmeister, Stuntman und Testfahrer, Sportler mit Verträgen oder Lizenzen sowie Berufssportler. (Sportler mit Verträgen oder Lizenzen im Sinne dieser Bedingungen sind Personen, die Ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die Aus-

übung von Sport verdienen oder die durchschnittlich mehr als 3 Stunden am Tag Sport betreiben).

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

5.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Eheschließung oder mit Beginn einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Der Versicherungsschutz besteht allerdings nur dann, wenn für den Ehegatten bzw. Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer bereits eine Unfallversicherung besteht.

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Balance mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Der Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von 3 Monaten gewährt.
- c) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge kein Antrag auf Einschluss des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners gestellt, entfällt der Versicherungsschutz der entsprechenden Person nach Ablauf des versicherten Zeitraumes rückwirkend.

5.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Schwangerschaft, Geburt oder Adoption.

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Balance mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Schwangerschaft
Für Ihre ungeborenen Kinder besteht Unfallversicherungsschutz längstens bis zum Tag der Geburt. Gesundheitsschäden des ungeborenen Kindes sind sowohl bei einer unfallbedingten Einwirkung auf die Mutter, als auch bei einer direkten unfallbedingten Einwirkung auf das Kind versichert.
- c) Geburt eines Kindes
Der Versicherungsschutz für Ihre neugeborenen Kinder wird ab dem Tag der Geburt für einen Zeitraum von 6 Monaten gewährt.
- d) Adoption eines Kindes
Der Versicherungsschutz gilt für Ihre adoptierten Kinder unter 10 Jahren. Er wird ab Rechtswirksamkeit der Adoption für einen Zeitraum von 6 Monaten gewährt.
- e) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge kein Antrag auf Einschluss des neugeborenen oder adoptierten Kindes gestellt, entfällt der Versicherungsschutz des entsprechenden Kindes nach Ablauf des versicherten Zeitraumes rückwirkend.
Darüber hinaus wird in diesen Fällen auf eine Gesundheitsprüfung bei dem zu versichernden Kind verzichtet.

5.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

- a) Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben,
- wird die Versicherung Ihres Kindes mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
 - wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer
- b) Voraussetzungen für die Prämienbefreiung sind:
- Sie hatten bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und
 - die Versicherung war zum Zeitpunkt des Todes nicht gekündigt und
 - Ihr Tod wurde nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht.

6. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung oder Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung Österreich ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

7. Zusatzpaket Medic

Versicherungsschutz für das Zusatzpaket Medic besteht, sofern dieses im Versicherungsschein aufgeführt ist.

7.1. Pflege-Assistanceleistungen

Die Pflege-Assistanceleistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflichtversicherer oder die gesetzliche Pflegeversicherung sein.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.

Die Pflege-Assistanceleistungen werden ausschließlich in Österreich erbracht.

7.1.1. Pflege-Assistanceleistungen für versicherte Personen

Die versicherte Person hat Anspruch auf die unter Ziffer 7.1.1 a) bis i) aufgeführten Pflege-Assistanceleistungen, sofern eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt wird und bei Eintritt des Unfalles noch keine Pflegebedürftigkeit nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) bestand.

- Die versicherte Person befand sich unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.
- Bei der versicherten Person tritt eine der unter Ziffer 2.2.12 a) bis e) oder Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen ein und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.

Wir übernehmen die Kosten der Vermittlung und Organisation qualifizierter Dienstleister, sowie die notwendigen Kosten der Pflege-Assistanceleistungen.

- a) Tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit.
- b) Bis zu zweimal pro Woche Einkauf von regelmäßig benötigten Waren und Lebensmitteln sowie Erledigung notwendiger Besorgungen (die Kosten für eingekaufte Waren und Lebensmittel werden nicht übernommen).
- c) Bis zu zweimal pro Woche Fahrdienst inkl. Begleitung zu notwendigen Behörden-, Arzt- und Therapieterminen im Umkreis von bis zu 50 km.
- d) Bis zu insgesamt 10 Stunden pro Woche für die Reinigung der Wohnung, die Reinigung und Versorgung von Wäsche sowie die Versorgung von Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten).
- e) Sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
- f) Notfall-Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen.
- g) Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach dem Spitalaufenthalt, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- h) Information zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Empfehlung geeigneter Pflegeeinrichtungen, Beratung über Pflegehilfsmittel sowie Vermittlung einer Pflegeschulung für Angehörige.
- i) Tägliche Grundpflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die Leistung wird für 2 Monate ab Geltendmachung der Unfallleistung erbracht, längstens jedoch bis zu 6 Monate ab dem Unfallereignis.

Sofern in den jeweiligen Bestimmungen nichts anderes vereinbart ist, enden sämtliche unter Ziffer 7.1.1 a) bis h) aufgeführten Pflege-Assistanceleistungen spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis.

7.1.2. Pflege-Assistanceleistungen für Angehörige

- a) Die gemäß Ziffer 7.1.1. a) bis i) der Zusatzbedingungen beschriebenen Pflege-Assistanceleistungen werden auch für die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden pflegebedürftigen Angehörigen erbracht.

- b) Die versicherte Person hat Anspruch auf die Pflege-Assistanceleistungen für pflegebedürftige Angehörige, sofern die folgende Voraussetzungen erfüllt werden:
- Bei der versicherten Person ist eine der unter Ziffer 2.2.12 a) bis e) oder Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eingetreten.
 - Die pflegebedürftigen Angehörigen waren bereits vor dem Unfall der versicherten Person ganz oder teilweise nicht in der Lage, die Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen.
 - Die Pflegeaufgaben wurden bereits vor dem Unfallzeitpunkt von der versicherten Person wahrgenommen.
- c) Die Leistungen werden längstens bis 2 Monate nach dem Unfallereignis erbracht.

7.2. Schwere Erkrankungen

7.2.1. Was ist versichert?

Wir zahlen bei Vorliegen einer der aufgeführten schweren Erkrankungen, deren endgültige, nachweislich belegte Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt, einen einmaligen Betrag von 2.000 Euro.

7.2.2. Allgemeine Erläuterungen

- a) Die unter Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen genannten qualifizierten Ärzte bzw. Fachärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.
- b) Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

7.2.3. Allgemeine Ausschlüsse

- a) Grundsätzlich leisten wir für Leistungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person verursacht worden ist
- durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
 - durch Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol sowie durch den Konsum in Deutschland illegaler Drogen.
- b) Beachten Sie bitte auch die Ausschlüsse bestimmter Eingriffe und Krankheitsbilder. Diese sind jeweils in den Bestimmungen und Beschreibungen der versicherten schweren Krankheiten aufgeführt.
- c) Darüber hinaus weisen wir explizit auf die Wartezeiten hin, die bei der versicherten Angioplastie am Herzen gemäß Ziffer 7.2.5.3 der Zusatzbedingungen, bei den versicherten Krebserkrankungen gemäß Ziffer 7.2.5.8 und Ziffer 7.2.5.9 der Zusatzbedingungen und bei Multipler Sklerose gemäß Ziffer 7.2.5.14 der Zusatzbedingungen zu beachten sind.

7.2.4. Regelung bei Eintritt eines Leistungsfalles

Sofern ein versicherter Leistungsfall aus einer der nach Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen versicherten schweren Erkrankung eingetreten ist, endet automatisch der Versicherungsschutz für die betroffene Erkrankung. Der Versicherungsschutz für alle anderen unter Ziffer 7.2.5 der Zusatzbedingungen aufgeführten schweren Erkrankungen bleibt dagegen unverändert bestehen.

7.2.5. Versicherte schwere Erkrankungen

7.2.5.1. Herzinfarkt

- a) Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie

bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels absterbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- die Diagnose Angina Pectoris.
 - Herzinfarkte, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.2. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

- a) Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.3. Angioplastie am Herzen

- a) Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 Prozent verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- Implantation von Metallgeflechtes (Stents)
- Atherektomie
- Ballondilatation und Rotarablation
- Laser

Vereinfachte Erläuterung:

Mit verschiedenen Techniken können Herzkranzgefäße erweitert werden. Hierdurch ist es möglich, Ablagerungen an den Gefäßwänden zu entfernen und die Arterie möglichst dauerhaft für das Blut wieder durchgängig zu machen.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Abschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.4. Aortenplastik

- a) Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden.

Beispiele versicherter Eingriffe sind:

- Eingriffe an der Aortenbifurkation
- chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma
- Aortendissektion.

Vereinfachte Erläuterung:

Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- das Einbringen von Stents mittels minimal invasiven Verfahren und Eingriffen an den Seitenästen der Aorta.
 - eine Aortenplastik am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.5. Herzklappenoperation

- a) Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.

Vereinfachte Erläuterung:

Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Herzklappen-Operation, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.6. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

- a) Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (physische Einschränkung von mindestens Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

Vereinfachte Erläuterung:

Kardiomyopathie ist ein ernst zu nehmender Zustand oft unbekannter Ursache, wobei der Herzmuskel nicht mehr in der Lage ist, Blut effektiv durch den Körper zu pumpen. Manchmal ist dieser Zustand nur vorübergehend, in einigen Fällen entwickelt sich jedoch eine andauernde Herzschwäche.

Eine permanente Kardiomyopathie kann nicht geheilt werden und verschlimmert sich mit der Zeit. Symptome sind Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung, Brustschmerzen und ein allgemeines Schwächegefühl.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Erkrankungen des Herzmuskels, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.7. Schlaganfall

- a) Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen. Ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA).

Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Bluteere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für Schlaganfälle, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.8. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

- a) Krebs ist die Diagnose eines fortgeschrittenen, bösartigen Tumors. Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM Klassifikation maligner Tumore, Siebente Auflage“ der International Union against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I – IV). Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der WHO (World Health Orga-

nisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Diagnose einer Krebserkrankung ab Stadium III bzw. Schweregrad III bei Hirntumoren.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS)
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
- Krebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.9. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

- a) Unter diese Begriffe fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells.
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für alle Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebserkrankungen des Stadiums 3 oder größer.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Es besteht kein Versicherungsschutz für Lymphknoten- oder Blutkrebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

7.2.5.10. Nierenversagen

- a) Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für ein Nierenversagen, das bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.11. Fortgeschrittene Lebererkrankung

- a) Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Hepatische Enzephalopathie
- Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- Permanente Gelbsucht
- Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine fortgeschrittene Lebererkrankung hat das Versagen der meisten oder sogar aller Leberfunktionen zur Folge. Charakteristische Anzeichen für diese Erkrankung sind die oben erwähnten Symptome. Gelbsucht lässt die Haut gelblich erscheinen und ist üblicherweise ein Anzeichen für eine nicht richtig funktionierende Leber. „Wasserbauch“ beschreibt eine Flüssigkeitsansammlung im Bauchbereich. Unter der hepatischen Enzephalopathie versteht man Bewusstseinsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen als Folge des Leberversagens.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lebererkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.12. Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

- a) Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenkrankheiten nachgewiesen werden:

- Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
- Ruhedyspnoe
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ($PaO_2 < 55$ mm Hg)

Vereinfachte Erläuterung:

Bei der so genannten chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung kommt es zu einer Verengung großer Bereiche der Atemwege, was vor allem beim Ausatmen zu einem erhöhten Atemwegwiderstand führt. Eine Folge kann die Ausbildung eines Emphysems sein, d. h., der normale Aufbau der Lunge ist zerstört und es kommt zu einer Lungenblähung.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lungenerkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.13. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

- a) Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Kinderlähmung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.14. Multiple Sklerose

- a) Definition der versicherten Multiple Sklerose:
Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.

Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren nicht in der Lage ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zu-

rückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

- Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

- b) Wartezeiten bei MS Erkrankungen sowie Leistungsausschlüsse:
Es besteht kein Versicherungsschutz für MS Erkrankungen, deren erstmalige Symptome vor dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder innerhalb der ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert worden sind bzw. diagnostiziert werden.

7.2.5.15. Gutartiger Hirntumor

- a) Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein gutartiger Tumor ist gekennzeichnet durch ein nicht krebsartiges abnormales Gewebewachstum. Ein solcher Tumor im Gehirn ist sehr ernst zu nehmen, auch wenn er nicht krebsartig ist. Der wachsende Tumor kann Druck auf andere Bereiche des Gehirns ausüben und daher lebensbedrohlich sein, wenn er nicht entfernt wird.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule.
 - gutartige Hirntumore, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

7.2.5.16. Bakterielle Meningitis

- a) Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Schädigung (z. B. Sprachstörungen, Halbseitenlähmung) führt. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch eine Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit (Liquor) nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Meningitis ist eine Entzündung der harten oder weichen Hirnhaut sowie der Rückenmarkshäute. Die Infektion kann durch Bakterien, Viren, Protozoen (meist tropische Parasiten) oder Pilze verursacht sein. Allgemein ist die Erkrankung als „Hirnhautentzündung“ bekannt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine bakterielle Meningitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.17. Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

- a) Die Erkrankung muss vor dem 68. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Charakteristisch für eine Alzheimer-Erkrankung ist der fortschreitende Verlust von Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteilsvermögen und Intelligenz. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht aufzuhalten. Symptome zeigen sich in einer Verminderung der Gehirngröße und einem Verlust von Nervenzellen im Gehirn.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.18. Enzephalitis

- a) Schwere Entzündung des Hirngewebes, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Störung (z. B. Sprachstörungen) geführt hat. Diese Schädigung muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Enzephalitis ist eine Entzündung der grauen bzw. weißen Substanz des Hirngewebes oder des gesamten Gehirns und wird verursacht durch Bakterien, Viren oder Protozoen (meist tropische Parasiten).

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Enzephalitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

7.2.5.19. Pflegebedürftigkeit

- a) Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II, III, IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012).
- b) Kein Versicherungsschutz besteht, sofern bereits vor Vertragsabschluss eine Pflegebedürftigkeit bestand oder festgestellt wurde.

8. Zusatzpaket Plus

Versicherungsschutz für Leistungserweiterungen in dem Zusatzpaket Plus besteht, sofern dieses im Versicherungsschein aufgeführt ist.

8.1. Eigenbewegungen und erhöhte Kraftanstrengungen

Abweichend von Ziffer 1.4 der Zusatzbedingungen gelten Gesundheitsschäden am gesamten Körper als Unfall, die durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht wurden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

8.2. Ausschlüsse

- a) Abweichend von Ziffer 4.1 der Zusatzbedingungen besteht Versicherungsschutz für
 - Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen auch dann, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 Promille übersteigt.
 - Unfälle infolge Drogeneinfluss.

Darüber hinaus wird bei einem Todesfall infolge eines Unfalles, der sich ursächlich durch eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung ereignete, die vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall in voller Höhe gezahlt.

- b) Abweichend von Ziffer 4.7 der Zusatzbedingungen besteht Versicherungsschutz für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen auch dann, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen nicht die überwiegende Ursache ist

8.3. Prämienpflichtige Leistungen

8.3.1. Unfall-Rente

In Ergänzung zu Ziffer 2.1.2 der Zusatzbedingungen gilt:

Nach dem Tod des Unfall-Rentenbeziehers verbleibt ein Anspruch von insgesamt 100 Prozent der Unfall-Rente bei den Erbberechtigten gemäß gesetzlicher Erbfolge. Als Bemessungsgrundlage gilt die Höhe der Unfall-Rente in dem Monat, in dem der Unfall-Rentenbezieher verstirbt.

An minderjährige Erbberechtigte werden die Leistungen maximal bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres weitergezahlt.

An volljährige Erbberechtigte werden die Leistungen 5 Jahre lang nach dem Tod des Unfall-Rentenbeziehers weitergezahlt.

8.3.2. Unfall-Spitalgeld

Abweichend von Ziffer 2.1.4.1 der Zusatzbedingungen wird das vereinbarte Unfall-Spitalgeld für mindestens 5 Tage gezahlt. Die weiteren Voraussetzungen gemäß Ziffer 2.1.4.1 a) und b) bleiben unberührt.

Darüber hinaus wird – in Ergänzung zu Ziffer 2.1.4.1 – das vereinbarte Unfall-Spitalgeld für jeden Kalendertag gezahlt, mindestens jedoch für 5 Tage,

- a) an dem die versicherte Person unfallbedingt einen medizinisch notwendigen vollstationären Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt absolviert.
- b) an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Desensibilisierungsmaßnahme zur Behandlung von Allergien befindet.
- c) an dem bei der versicherten Person eine unfallbedingte und medizinisch notwendige ambulante ärztliche Erstversorgung eines Knochenbruchs durchgeführt wird.
- d) an dem die versicherte Person unfallbedingt einen medizinisch notwendigen Kurzzeitpflege-Aufenthalt in einem Pflege- oder Seniorenheim absolviert, der in unmittelbarem Anschluss an einen Spitalaufenthalt durchgeführt wird. Der Leistungsanspruch ist in diesen Fällen auf insgesamt 30 Kalendertage begrenzt.

8.3.3. Unfall-Pflegegeld

Es besteht Versicherungsschutz für Unfall-Pflegegeld, wenn die Leistungsart Unfall-Spitalgeld im Versicherungsschein aufgeführt ist.

- a) Das Unfall-Pflegegeld wird gezahlt, sofern infolge eines Unfalles – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer

3 der Zusatzbedingungen – bei der versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit Einstufung in Pflegestufe I, II, III, IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) eintritt.

Sofern die Pflege-Assistanceleistungen gemäß Ziffer 7.1.1 der Zusatzbedingungen in Anspruch genommen werden, beginnt der Anspruch auf Unfall-Pflegegeld erst nach Ende unserer Pflege-Assistanceleistungen.

- b) Die Höhe des Unfall-Pflegegeldes richtet sich nach der Pflegestufe des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes (Stand 01.09.2012). Es gilt folgende Staffelung:
 - 30 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe I-III nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz
 - 40 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe IV nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz
 - 60 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe V-VII nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz
- c) Unfall-Pflegegeld wird für die Dauer der Einstufung in eine Pflegestufe des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes, längstens für 3 Jahre vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

8.3.4. Unfall-Komageld

- a) Versicherungsschutz für Unfall-Komageld besteht automatisch, wenn die Leistungsart Unfall-Spitalgeld im Versicherungsschein aufgeführt ist.
- b) Das Unfall-Komageld wird gezahlt, sofern nach Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen ein Anspruch auf Unfall-Spitalgeld entstanden ist und die versicherte Person im Koma liegt.
- c) Die Höhe des Unfall-Komageldes beträgt 30 Euro je Kalendertag. Es wird für die Dauer des Komas, längstens für 3 Jahre vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

8.4. Prämienfreie Leistungen

8.4.1. Such-, Bergungs-, und Rettungskosten

Abweichend von Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

Abweichend von Ziffer 2.2.2 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Kranken- und Rücktransporte im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1. der Zusatzbedingungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Abweichend von Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen werden die Behandlungskosten im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1. der Zusatzbedingungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.4. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

- a) Abweichend von Ziffer 2.2.5.1 a) der Zusatzbedingungen ersetzen wir die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zur Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen durch den Verlust oder Teilverlust von Front-, Eck- sowie allen weiteren Zähnen.
- b) Abweichend von Ziffer 2.2.5.1 d) der Zusatzbedingungen werden die Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.5. Kur- und Rehabilitationskosten

Abweichend von Ziffer 2.2.7 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.6. Behinderungsbedingte Kosten

- a) Die Voraussetzungen für den Ersatz behinderungsbedingter Kosten gelten als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – ein gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent eingetreten ist und der Kostenersatz innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, von Ihnen geltend gemacht wird.
- b) Wir ersetzen die aufgrund des Unfalles notwendigen
 - Kosten für künstliche Organe sowie Organtransplantationen.
 - Organisations- und Umbaukosten für den behindertengerechten Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person oder alternativ den Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz.
 - Umbaukosten eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug.
 - Kosten für künstliche Gliedmaßen und künstliche Gelenke.

- Kosten für Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte.
 - Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines erforderlichen Blinden- oder Signalhundes.
 - Kosten einer behindertengerechten Fortbildung (zum Beispiel das Erlernen von Gebärdensprache oder Blindenschrift).
- c) Der Kostenersatz für beziehungsbedingte Kosten ist auf insgesamt 25.000 Euro begrenzt.

8.4.7. Umschulungsmaßnahmen

Abweichend von Ziffer 2.2.8 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Umschulungsmaßnahmen ohne Höchstgrenze ersetzt.

8.4.8. Psychologische Betreuung

Abweichend von Ziffer 2.2.9 der Zusatzbedingungen ist der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

8.4.9. Besondere Leistungen für Kinder

- a) **Vollwaisenrente**
Werden beide bei Janitos unfallversicherten Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, zahlen wir an alle zum Unfallzeitpunkt mitversicherten minderjährigen Kinder jährlich eine Vollwaisenrente.
- Die jährliche Rente je Kind bemisst sich an der Bruttojahresprämie, die zum Unfallzeitpunkt für das jeweilige Kind zu entrichten war. Die Höhe der Rente beträgt das Fünzigfache dieser Prämie, mindestens jedoch 12.000 Euro pro Jahr und Kind.
- Die Rente wird längstens bis zu dem Jahr gezahlt, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) **Haushaltshilfe und Kinderbetreuung**
Abweichend von Ziffer 2.2.10.2 der Zusatzbedingungen werden die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe bis maximal 120 € pro Tag übernommen. Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 6 Monate nach dem Unfallereignis.
- c) **Privat- und Nachhilfeunterricht**
Kann das versicherte minderjährige Kind unfallbedingt nicht oder nicht regelmäßig am regulären schulischen Unterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für den notwendigen Privatunterricht, um die Fehlzeiten auszugleichen.
- Die Kosten werden ohne Höchstgrenze ersetzt. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung des Privatunterrichts.
- Die Leistungen werden längstens bis 6 Monate nach dem Unfallereignis erbracht.
- d) **Rooming-in-Leistung**
Abweichend von Ziffer 2.2.10.3 der Zusatzbedingungen ersetzen wir im Rahmen der versicherten Rooming-in-Leistungen auf Ihren Wunsch auch alternativ die tatsächlich entstandenen, nachgewiesenen Übernachtungskosten. Auf eine Begrenzung der Anzahl der Übernachtungen wird verzichtet.

8.4.10. Versorgung von Haustieren

Abweichend von Ziffer 2.2.11 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für die tiergerechte Unterbringung ohne Höchstgrenze ersetzt. Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 12 Monate nach dem Unfallereignis.

8.4.11. Sofort- bzw. Kapitalleistung bei schweren Verletzungen und Verbrennungen

- a) Abweichend von Ziffer 2.2.12 und 2.2.13 a) der Zusatzbedingungen zahlen wir eine Sofort- bzw. Kapitalleistung in Höhe von 25.000 €. Eine Begrenzung auf die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) entfällt.
- b) In Ergänzung zu Ziffer 2.2.12 und 2.2.13 der Zusatzbedingungen gilt bei Immobilienerwerb folgende Regelung:
Wir zahlen eine erhöhte Sofort- bzw. Kapitalleistung, wenn Sie und/oder Ihr Partner (Ehepartner oder Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft) während der Gültigkeit des Unfallversicherungsvertrages erstmals Wohneigentum zur Eigennutzung erwerben oder bauen und während eines Zeitraums von 5 Jahren ab Baubeginn oder Eigentumserwerb bei Ihnen oder Ihrem Partner eine der unter Ziffer 2.2.12. a) bis e) oder Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eintritt.

Die erhöhte Sofort- bzw. Kapitalleistung beträgt für Sie und Ihren Partner (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages mitversichert):

- 50.000 Euro bei Eintritt im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.
- 45.000 Euro bei Eintritt im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.
- 40.000 Euro bei Eintritt im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 35.000 Euro bei Eintritt im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 35.000 Euro bei Eintritt im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn

Der Anspruch auf die Zahlung der erhöhten Sofort- bzw. Kapitalleistung kann während eines Zeitraums von insgesamt 3 Jahren, vom Unfallereignis an gerechnet, geltend gemacht werden.

Er endet jedoch in jedem Fall zum Zeitpunkt der Veräußerung des Wohneigentums oder der Beendigung des Versicherungsvertrages.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Eigentumserwerbs bzw. des Baubeginns von Ihnen nachzuweisen.

8.4.12. Gipsgeld

Ab dem 01.10.2016 gilt nachfolgende Leistung mitversichert:
Muss eine versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfallereignisses, das zu einer Fraktur führt, länger als 14 Tage einen Gipsverband tragen, zahlen wir einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 250 EUR. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 21 Monaten vom Unfalltag an gerechnet durch Vorlage eines ärztlichen Attests geltend zu machen.

8.5. Arbeitslosigkeit

- a) Werden Sie während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages arbeitslos, befreien wir Sie auf Ihren Wunsch von der Prämienzahlungspflicht (Prämienbefreiung). Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit unverändert bestehen.
- b) Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.
- c) Die Prämienbefreiung erfolgt, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:
- die Arbeitslosigkeit war unverschuldet.
 - das Arbeitsverhältnis war unbefristet und die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - der Unfallversicherungsvertrag bestand bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens 12 Monaten.
 - bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bestand kein Prämienrückstand.
- d) Die Prämienbefreiung beginnt ab der ersten Fälligkeit, die der Meldung der Arbeitslosigkeit folgt.
Die Prämienbefreiung endet mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus erlischt der Unfallversicherungsvertrag ohne besondere Vereinbarung, wenn die Prämienbefreiung mehr als 36 Monate dauert.
- e) Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.
- f) Kein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

8.6. Fälligkeit der Leistung

Abweichend von Ziffer 11 der Zusatzbedingungen sind wir verpflichtet, bei einem Invaliditätsanspruch innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

8.7. Familien-Vorsorgeversicherung

8.7.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

Abweichend von Ziffer 5.1 der Zusatzbedingungen gilt:

- a) Im Rahmen des Versicherungsschutzes der Familienvorsorge gilt bei Eheschließung oder mit Beginn einer eingetragenen Lebenspartnerschaft für die Leistungsart Invalidität eine Versicherungssumme von 100.000 Euro.
Darüber hinaus gilt die Leistungsart Unfall-Todesfallleistung in Höhe von 10.000 Euro und die Leistungsart Unfall-Spitalgeld mit Gengungsgeld in Höhe von 20 Euro versichert.
- b) Der Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von 6 Monaten gewährt.

8.7.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

Abweichend von Ziffer 5.2 der Zusatzbedingungen gilt:

- a) Im Rahmen des Versicherungsschutzes der Familienvorsorge gilt bei Schwangerschaft, Geburt und Adoption für die Leistungsart Invalidität eine Versicherungssumme von 100.000 Euro. Darüber hinaus gilt die Leistungsart Unfall-Todesfallleistung in Höhe von 10.000 Euro versichert.
- b) Bei Geburt und Adoption eines Kindes erweitert sich der Versicherungsschutz zusätzlich um die Leistungsart Unfall-Spitalgeld mit Genesungsgeld. Die versicherte Summe beträgt hier 20 Euro.
- c) Der Versicherungsschutz wird für einen Zeitraum von 12 Monaten gewährt.

8.7.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

- a) Abweichend von Ziffer 5.3 a) der Zusatzbedingungen wird bei Tod des Versicherungsnehmers während der Versicherungsdauer, die Versicherung Ihres Kindes mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet.
- b) Abweichend von Ziffer 5.3 b) der Zusatzbedingungen gelten die Bestimmungen der Ziffer 5.3 a) der Zusatzbedingungen auch dann, wenn die Versicherung zum Zeitpunkt des Todes bereits gekündigt war oder der Versicherungsnehmer bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr bereits vollendet hatte.

8.8. Verdienstaustausfall von Selbständigen

Abweichend von Ziffer 9 der Zusatzbedingungen wird bei Selbständigen ein fester Betrag von 4 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 1.000 Euro erstattet, sofern der Verdienstaustausfall nicht konkret nachgewiesen werden kann.

Der Leistungsfall

9. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

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

- a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.
- b) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c) Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung gemäß Ziffer 9 a) und b) innerhalb des ersten Jahres vom Unfalltag an gerechnet bei uns einreichen.
- d) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaustausfalles tragen wir. Kann bei Selbständigen der Verdienstaustausfall nicht konkret nachgewiesen werden, wird ein fester Betrag von 2 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro erstattet.
- e) 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.
- f) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

10. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- a) Wird eine Obliegenheit gemäß Ziffer 9 der Zusatzbedingungen vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

- b) Bei grob fahrlässiger 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

- c) Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung jedoch nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.
- d) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

11. Wann sind die Leistungen fällig?

- a) 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.
- b) Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- c) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- d) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- e) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht gemäß Ziffer 11 a), von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- f) Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
- g) 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.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Unfallversicherung Best Selection Österreich (Stand 01.04.2013)

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung
2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung
6. Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit

7. Updategarantien
8. Zusatzpaket Medic
9. Zusatzpaket Plus

Der Leistungsfall

10. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
11. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
12. Wann sind die Leistungen fällig?

Für die Hilfeleistungen steht Ihnen das

Janitos Assistance Center

24 Stunden – „rund um die Uhr“ – 365 Tage im Jahr
unter der Telefonnummer

+43 (0) 800 222 774

zur Verfügung

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung

1.1. Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt.

1.3. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen

Als Unfall gelten darüber hinaus Gesundheitsschäden am gesamten Körper, die durch erhöhte Kraftanstrengungen verursacht wurden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs

Als Unfall gilt/gelten auch:

- a) das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden, sofern die versicherte Person diese infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erlitten hat.
- b) plötzlich von außen auf den Körper wirkende mechanische, chemische, thermische oder elektrische Schädigungen sowie Schall-, Explosions- und sonstige Druckwellen.
- c) wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände über einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
- d) das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs.
- e) Gesundheitsschädigungen oder der Tod durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Dies gilt jedoch nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper verweigert wird.
- f) das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung verzichtet.

- g) Gesundheitsschäden durch Herzinfarkt und Schlaganfall, wenn diese innerhalb von 60 Minuten nach einem Unfall eintreten.
- h) Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen,
 - die infolge von Unfallverletzungen verursacht wurden. Dies beinhaltet auch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sowie Tierbisse oder -stiche.
 - die infolge von unfallbedingten Heilmaßnahmen verursacht wurden.
- i) Gesundheitsschäden infolge der Aufnahme von Nahrung oder sonstiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es dadurch zu Vergiftungen oder allergischen Reaktionen kommt.
- j) Gesundheitsschäden infolge von Erfrierungen sowie der Erfrierungstod.
- k) der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- l) tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Darüber hinaus sind die Kosten für Dekompressionskammerbehandlungen gemäß Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen mitversichert.

Die unter Ziffer 1.5 b) bis l) genannten Unfälle sind nur versichert, sofern die versicherte Person die Gesundheitsschädigungen unfreiwillig erlitten hat.

1.6. Infektionen

Im Rahmen der Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente gemäß Ziffer 2.1.1. und 2.1.2. der Zusatzbedingungen gilt die erstmalige ärztliche Diagnose folgender Infektionen bzw. Infektionskrankheiten als Unfall:

- a) Brucellose, Cholera, Diphtherie, Echinokokkose, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Paratyphus, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Tollwut, Tularämie, Typhus, Windpocken und Wundstarrkrampf.
- b) Sofern nicht bereits über Ziffer 1.6 a) versichert: Infektionen, soweit diese in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstanden sind und aus deren Krankheitsgeschichte, Befund oder Natur hervorgeht, dass durch das Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase Krankheitserreger in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die erstmalige ärztliche Diagnose der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheins stattfindet.

2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen

2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1.1. Invaliditätsleistung

Versicherungsschutz für Invaliditätsleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

- Infolge eines Unfalles muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein.
- Die Invalidität muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden.
- Die Invalidität muss innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

2.1.1.2. Art und Höhe der Leistung

- Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung gezahlt.
- Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.
- Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in der vereinbarten Gliedertaxenvariante festgelegten, in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Welche Gliedertaxenvariante für Ihren Vertrag Gültigkeit hat, hängt davon ab, welche Variante Sie mit uns vereinbart haben und ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Trend	Gliedertaxe Top	Gliedertaxe Hand	Gliedertaxe Sinne	Gliedertaxe Med
beide Augen	100	100	100	100	100
ein Auge	50	50	50	70	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	65	100	100	100	100
Gehör beider Ohren	60	70	70	100	100
Gehör eines Ohres	30	35	35	70	70
Gehör eines Ohres, sofern das des anderen bereits vollständig verloren war	45	100	100	100	100
Geruchssinn	15	20	20	25	25
Geschmackssinn	10	20	20	25	25
Stimme	60	100	100	100	100
Arm	70	75	100	80	100
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70	70	100	75	100
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65	65	100	70	100
Hand	65	65	100	65	100
Daumen	25	30	60	30	100
Zeigefinger	10	20	60	20	75
anderer Finger	5	10	20	10	20
sämtliche Finger einer Hand maximal	-	75	-	75	-
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70	70	70	80	80
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70	70	70	75	75
Bein bis unterhalb des Knies	60	60	60	70	70

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Trend	Gliedertaxe Top	Gliedertaxe Hand	Gliedertaxe Sinne	Gliedertaxe Med
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50	55	55	60	60
Fuß	45	50	50	50	50
große Zehe	5	8	8	8	8
andere Zehe	2	5	5	5	5
beide Nieren	100	100	100	100	100
eine Niere	25	25	25	25	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	75	100	100	100	100
Milz	10	10	10	10	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20	20	20	20	20
Gallenblase	-	10	10	10	10
Magen	-	30	30	30	30
Dünndarm	-	30	30	30	30
Dickdarm	-	30	30	30	30
ein Lungenflügel	-	50	50	50	50
Leber	-	50	50	50	50
Bauchspeicheldrüse	-	35	35	35	35

- Bei allen nicht in der Gliedertaxe genannten Körperteilen, Körperfunktionen und Sinnesorganen, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- Bei den in der Gliedertaxe genannten inneren Organen können Sie vor der gutachterlichen Erstbewertung in Textform verlangen, dass keine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.1.2 c), sondern eine individuelle ärztliche Einschätzung anhand medizinischer Gesichtspunkte gemäß Ziffer 2.1.1.2 d) erfolgen soll.
- Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.1.3. Tod der versicherten Person nach dem Unfall

Stirbt die versicherte Person

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- nachdem ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden war aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder unabhängig von der Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.1.4. Progressionsmodell

Im Grundmodell entspricht die Kapitalleistung dem durch den Grad der Invalidität bezeichneten Prozentsatz der Invaliditätssumme. In den Progressionsmodellen ist der als Kapitalleistung zu erbringende Prozentsatz der Invaliditätssumme bei bestimmten Invaliditätsgraden höher als der Invaliditätsgrad.

Das mit uns für die jeweilige versicherte Person vereinbarte Leistungsmodell (Progression) ergibt sich aus dem Versicherungsschein und seinen jeweiligen Nachträgen.

Führt ein versicherter Unfall gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent, so erhöht sich die Leistung wie folgt:

- Progressionsmodell 225
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.

- b) Progressionsmodell 300
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt.
- c) Progressionsmodell 400
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.
- d) Progressionsmodell 500
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird elffach entschädigt.
- e) Progressionsmodell 750
 - der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
 - der über 50 Prozent und unter 76 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtfach entschädigt.
 - der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird achtzehnfach entschädigt.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung je nach vereinbartem Leistungsmodell (Progression) und Invaliditätsgrad:

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25
26	26	27	28	28	28	28
27	27	29	31	31	31	31
28	28	31	34	34	34	34
29	29	33	37	37	37	37
30	30	35	40	40	40	40
31	31	37	43	43	43	43
32	32	39	46	46	46	46
33	33	41	49	49	49	49
34	34	43	52	52	52	52
35	35	45	55	55	55	55
36	36	47	58	58	58	58
37	37	49	61	61	61	61
38	38	51	64	64	64	64
39	39	53	67	67	67	67
40	40	55	70	70	70	70

Invaliditätsgrad in Prozent	linear	225 %	300 %	400 %	500 %	750 %
41	41	57	73	73	73	73
42	42	59	76	76	76	76
43	43	61	79	79	79	79
44	44	63	82	82	82	82
45	45	65	85	85	85	85
46	46	67	88	88	88	88
47	47	69	91	91	91	91
48	48	71	94	94	94	94
49	49	73	97	97	97	97
50	50	75	100	100	100	100
51	51	78	104	105	105	108
52	52	81	108	110	110	116
53	53	84	112	115	115	124
54	54	87	116	120	120	132
55	55	90	120	125	125	140
56	56	93	124	130	130	148
57	57	96	128	135	135	156
58	58	99	132	140	140	164
59	59	102	136	145	145	172
60	60	105	140	150	150	180
61	61	108	144	155	155	188
62	62	111	148	160	160	196
63	63	114	152	165	165	204
64	64	117	156	170	170	212
65	65	120	160	175	175	220
66	66	123	164	180	180	228
67	67	126	168	185	185	236
68	68	129	172	190	190	244
69	69	132	176	195	195	252
70	70	135	180	200	200	260
71	71	138	184	205	205	268
72	72	141	188	210	210	276
73	73	144	192	215	215	284
74	74	147	196	220	220	292
75	75	150	200	225	225	300
76	76	153	204	232	236	318
77	77	156	208	239	247	336
78	78	159	212	246	258	354
79	79	162	216	253	269	372
80	80	165	220	260	280	390
81	81	168	224	267	291	408
82	82	171	228	274	302	426
83	83	174	232	281	313	444
84	84	177	236	288	324	462
85	85	180	240	295	335	480
86	86	183	244	302	346	498
87	87	186	248	309	357	516
88	88	189	252	316	368	534
89	89	192	256	323	379	552
90	90	195	260	330	390	570
91	91	198	264	337	401	588
92	92	201	268	344	412	606
93	93	204	272	351	423	624
94	94	207	276	358	434	642
95	95	210	280	365	445	660
96	96	213	284	372	456	678
97	97	216	288	379	467	696
98	98	219	292	386	478	714
99	99	222	296	393	489	732
100	100	225	300	400	500	750

2.1.2. Unfall-Rente

Versicherungsschutz für Unfall-Rente besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 35 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):
Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent eingetreten ist.
- b) Voraussetzung für die lebenslange Leistung ab 50 Prozent Invalidität (sofern vereinbart):
Die Voraussetzung für die Leistung einer Unfall-Rente gilt als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles ein gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent eingetreten ist.
- c) Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei der Unfall-Rente gilt abweichend von Ziffer 2.1.1.2 c) der Zusatzbedingungen ausschließlich die nachfolgende Gliedertaxe „Rente“.
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Körperfunktionen und Sinnesorgane gelten ausschließlich die in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- d) Eine Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrades entsprechend dem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen erfolgt generell nicht.

Alle Angaben in Prozent	Gliedertaxe Rente
beide Augen	100
ein Auge	70
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	80
Gehör beider Ohren	100
Gehör eines Ohres	70
Gehör eines Ohres, sofern das Gehör des anderen bereits vollständig verloren war	80
Geruchssinn	10
Geschmackssinn	10
Stimme	60
Arm	75
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65
Hand	65
Daumen	30
Zeigefinger	20
anderer Finger	10
sämtliche Finger einer Hand maximal	75
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70
Bein bis unterhalb des Knies	60
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55
Fuß	50
große Zehe	8
andere Zehe	5
beide Nieren	100
eine Niere	25
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	100
Milz	10
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20
Gallenblase	10
Magen	30
Dünndarm	30
Dickdarm	30
ein Lungenflügel	50
Leber	50
Bauchspeicheldrüse	35

2.1.2.2. Höhe der Leistung

Die Unfall-Rente wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.2.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt. Die Zahlung erfolgt monatlich im Voraus.

Die Unfall-Rente wird bis zum Ersten des Monats gezahlt, in dem

- a) die versicherte Person stirbt. Zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- b) eine nach Ziffer 12 der Zusatzbedingungen vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 a) oder 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.2.1 b) gesunken ist.

2.1.2.4. Dynamisierung während des Leistungsfalls (Passivdynamik)

Die monatliche Unfall-Rente erhöht sich jährlich um 1,5 Prozent jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres; erstmals zum 1. Januar des zweiten auf den Unfall-Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Unfall-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

2.1.3. Unfall-Tagegeld

Versicherungsschutz für Unfall-Tagegeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Tagegeld wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung ist.

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt.

Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

2.1.3.2. Höhe der Leistung

Das Unfall-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

2.1.3.3. Dauer der Leistung

Unfall-Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 365 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.1.4. Unfall-Spitalgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Spitalgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.4.1. Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, mindestens jedoch für 3 Tage,

- a) an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heil- oder Rehabilitationsbehandlung befindet.
- b) an dem bei der versicherten Person unfallbedingt ein medizinisch notwendiger ambulanz-operativer Eingriff durchgeführt wird.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heil- oder Rehabilitationsbehandlung.

2.1.4.2. Höhe der Leistung

Das Unfall-Spitalgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Es wird bei Auslandsaufenthalten verdoppelt, sofern und solange sich die versicherte Person dort unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung befindet.

2.1.4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Das vereinbarte Unfall-Spitalgeld wird, vom Unfalltag an gerechnet, innerhalb eines Zeitraums von längstens 5 Jahren gezahlt.

2.1.5. Unfall-Genesungsgeld

Versicherungsschutz für Unfall-Genesungsgeld besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Genesungsgeld wird gezahlt, sofern ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen besteht.

2.1.5.2. Höhe der Leistung

Das Unfall-Genesungsgeld wird in gleicher Höhe wie die vereinbarte Versicherungssumme für das Unfall-Spitalgeld gezahlt.

2.1.5.3. Dauer der Leistung

Unfall-Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Leistungsanspruch auf Unfall-Spitalgeld gemäß Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen bestand, längstens jedoch für 500 Tage.

2.1.6. Unfall-Todesfalleistung

Versicherungsschutz für Unfall-Todesfalleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.6.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die vereinbarte Unfall-Todesfalleistung wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall verstirbt. War im zweiten Jahr ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung entstanden, ist diese auf die Todesfalleistung anzurechnen.

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf die Unfall-Todesfalleistung, sofern die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

2.1.6.2. Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, wird die doppelte Versicherungssumme gezahlt, maximal jedoch 50.000 Euro. Voraussetzung ist, dass mindestens ein erbberechtigtes Kind der verstorbenen Elternteile das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bestehen für die versicherten Elternteile bei Janitos mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.1.7. Unfall-Komageld

Versicherungsschutz für Unfall-Komageld besteht automatisch, wenn die Leistungsart Unfall-Spitalgeld im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.7.1. Voraussetzungen für die Leistung

Unfall-Komageld wird gezahlt, sofern nach Ziffer 2.1.4 der Zusatzbedingungen ein Anspruch auf Unfall-Spitalgeld entstanden ist und die versicherte Person im Koma liegt.

2.1.7.2. Höhe der Leistung

Das Unfall-Komageld wird in gleicher Höhe wie die vereinbarte Versicherungssumme für das Unfall-Spitalgeld gezahlt, maximal 30 Euro je Kalendertag.

2.1.7.3. Dauer der Leistung

Unfall-Komageld wird ab dem 7. Tag des Komas für die Dauer des Komas gezahlt, längstens jedoch für 100 Tage, vom Unfalltag an gerechnet.

2.1.8. Heilkosten

Versicherungsschutz für Heilkosten besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.8.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die unter Ziffer 2.1.8.2 der Zusatzbedingungen genannten Kosten werden nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten.

2.1.8.2. Art und Höhe der Leistung

- Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb eines Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.
- Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- Die Entschädigung der genannten Kosten ist auf den im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag begrenzt.

2.1.8.3. Kündigung der Leistung

Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform verlangen, dass dieser Versicherungsschutz für Heilkosten mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entfällt.

Macht der Versicherer von diesem Recht gemäß Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer diesen Vertrag innerhalb eines Monats ab Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

2.2. Versicherte prämienfreie Leistungen

- Die folgenden, prämienfreien Leistungen gelten automatisch versichert, sofern mindestens die Leistungsart Invaliditätsleistung oder Unfall-Rente vereinbart wurde.
- Bestehen bei Janitos mehrere Unfallversicherungen, können die prämienfreien Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- Die prämienfreien Leistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflicht- oder Krankenversicherer sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.
- Beziehen sich prämienfreie Leistungen auf Unfälle im Ausland, dann gilt der Versicherungsschutz in allen Ländern, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten

- Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Die Kosten ersetzen wir auch dann, wenn ein Unfall nicht eingetreten ist, aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Darüber hinaus übernehmen wir die im Rahmen von Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen anfallenden Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden bei der versicherten Person notwendig sind.
- Der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ist auf insgesamt 40.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen insgesamt maximal 50.000 Euro.

2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

- Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten für den Transport der versicherten Person in das nächste Spital oder in eine Spezialklinik, soweit er ärztlich angeordnet oder nach Art der Verletzung unvermeidbar war.
 - Mehraufwendungen für den Rücktransport der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit sie auf ärztliche Anordnungen zurückzuführen sind oder nach Art der Verletzung

unvermeidbar waren. Die Leistungen umfassen dabei auch Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.

- b) Die Kosten für Kranken- und Rücktransporte werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 40.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 50.000 Euro.
- c) Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Krankentransporte und Flugrückholungen.

2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Nach einem Tauchunfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer.

Darüber hinaus werden weitere, im Rahmen der Dekompressions-Therapie anfallende, medizinisch notwendige Behandlungskosten übernommen, soweit diese auf Anweisungen des behandelnden Arztes zurückgehen.

Die Behandlungskosten werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 40.000 Euro. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 50.000 Euro.

2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation der Bestattung bzw. Überführung.

2.2.5. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

2.2.5.1. Unfallbedingte kosmetische Operationen und Zahnersatz

- a) Wurden unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person durch eine infolge des Unfalles durchgeführte Heilbehandlung nicht beseitigt, ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten der kosmetischen Operationen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.
 - Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zur Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen durch den Verlust oder Teilverlust von Zähnen.
- b) Ersetzt werden die Kosten für Arzthonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen und Zahnbehandlungen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Spital.
- c) Voraussetzung für die Leistungen ist, dass die kosmetischen Operationen sowie die Zahn- und Zahnersatzbehandlungen spätestens bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sind.

Hat die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operationen und Behandlungen vor Vollendung des 21. Lebensjahres erfolgen.
- d) Der Kostenersatz für kosmetische Operationen und Zahnersatz ist auf insgesamt 40.000 Euro begrenzt. Ab dem 01.10.2016 beträgt die Maximalentschädigung 50.000 Euro.

2.2.5.2. Kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen

Der Versicherungsschutz für kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen besteht, sofern das Zusatzpaket Medic im Versicherungsschein aufgeführt ist.

- a) Ein Anspruch auf Kostenersatz für kosmetische Operationen bei schweren Erkrankungen besteht, sofern zuvor ein Anspruch auf eine Zahlung gemäß Ziffer 8.2. der Zusatzbedingungen entstanden ist und die schwere Erkrankung ursächlich zu einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person geführt hat.
- b) Darüber hinaus entsteht – abweichend von Ziffer 8.2.5.8 und 8.2.5.9 der Zusatzbedingungen – bei einer Krebserkrankung bereits ab Stadium/Schweregrad I bzw. Stadium 1 ein Anspruch auf Kostenersatz für kosmetische Operationen, sofern diese ursächlich zu einer Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person geführt hat.
- c) Ersetzt werden die notwendigen
 - Kosten der kosmetischen bzw. plastischen Operationen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.
 - Kosten der Kosmetikerbehandlungen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen.

- d) Die Leistungen umfassen die Kosten für Arzt- und Kosmetikerhonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen und Behandlungen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Spital.
- e) Der Kostenersatz für kosmetische bzw. plastische Operationen und Kosmetikbehandlungen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.
- f) Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die Erkrankung bereits vor Antragstellung bestand oder diagnostiziert wurde.

2.2.6. Auslandsleistungen

Um unsere Hilfs- und Assistenzleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist es notwendig, dass Sie an uns oder unsere Dienstleister alle sachdienlichen Informationen weitergeben, die eine Einschätzung über den Umfang der erforderlichen Hilfeleistung ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind unter Umständen auch Einverständniserklärungen zu erteilen.

Für die Inanspruchnahme von Kostenerstattungen sind Maßnahmen und Leistungen zuvor mit dem Janitos Assistance Center abzustimmen.

Falls ein Unfall durch eine dritte Person verursacht wurde, sind die Anweisungen des Janitos Assistance Centers einzuholen, um eventuelle Regressansprüche zu sichern.

Im Rahmen der Hilfs- und Assistenzleistungen gewähren wir nach einem Unfall der versicherten Person im Ausland die folgenden Leistungen:

- a) 24-Stunden-Informationsdienst
Das Janitos Assistance Center steht Ihnen bzw. der versicherten Person 24 Stunden, „rund um die Uhr“, 365 Tage im Jahr, in unfallbedingten Notsituationen unter folgender Service-Telefonnummer zur Verfügung:

+43 (0) 800 222 774

Das Janitos Assistance Center bietet allgemeine Beratung über Maßnahmen in Notsituationen, insbesondere medizinische Notfälle, sowie Auskünfte über Notdienste von Apotheken, Ärzten und Spitälern.

Darüber hinaus leistet es auf Wunsch auch organisatorische und vermittelnde Unterstützung für die unter Ziffer 2.2.6. c) bis h) beschriebenen Leistungsfälle.

- b) Informationsleistungen
Das Janitos Assistance Center informiert auf Wunsch über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Soweit möglich benennt sie einen deutsch oder englisch sprechenden Arzt. Auf Wunsch stellt das Janitos Assistance Center auch den Kontakt zum Arzt selbst her.
Befindet sich die versicherte Person in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, stellt das Janitos Assistance Center auf Wunsch über einen von ihr beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Spitalärzten her.
Während des Spitalaufenthaltes sorgt das Janitos Assistance Center für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten.
Auf Wunsch werden auch die Angehörigen und/oder der Arbeitgeber der versicherten Person informiert.

- c) Kostenübernahmegarantie bei Spitalaufenthalten
Das Janitos Assistance Center gibt bei einer unfallbedingten und medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person, soweit erforderlich, eine Kostenübernahmegarantie bis zu 15.000 Euro ab. Die vom Janitos Assistance Center verauslagten Beträge sind von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung zurückzuzahlen.

- d) Arznei-, Hilfsmittel und medizinische Geräte
Wir ersetzen die Versand- und Zolllkosten für Arznei-, Hilfsmittel und medizinische Geräte, sofern diese medizinisch notwendig sind und vor Ort nicht erhältlich sind oder nicht zur Verfügung stehen.
- e) Rückreise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten
Wir ersetzen die zusätzlichen Rückreise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten des Verunfallten, des mitreisenden (Ehe-) Partners, mitreisender Familienangehöriger sowie sonstiger mitreisender, bei Janitos unfallversicherter Personen, sofern diese infolge eines Spitalaufenthaltes notwendig werden.
- f) Rückreisebegleitung
Wir ersetzen die zusätzlichen Rückreisekosten - inkl. Kosten einer Begleitperson - für mitreisende (Ehe-)Partner, mitreisende Familienangehörige sowie für sonstige mitreisende, bei Janitos unfallversicherte Personen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die genannten Personen alters- oder krankheitsbedingt bei der Rückreise

auf eine Begleitperson angewiesen sind und durch die Situation nach dem Unfall eine Betreuung vor Ort nicht möglich ist.

- g) Heimtransport von Haustieren
Wir ersetzen die zusätzlichen Kosten für den Heimtransport mitgeführter Haustiere des Verunfallten, sofern dieser unfallbedingt seinen Versorgungspflichten nicht nachkommen kann.
- h) Krankenbesuche
Beindet sich die versicherte Person für voraussichtlich länger als 7 aufeinander folgende Tage in einer notwendigen vollstationären Heilbehandlung im Ausland, ersetzen wir einmalig die Reisekosten einer dem Verunfallten nahestehenden Person zum Ort des Spitals und von dort zurück zum Wohnort.

2.2.7. Rehabilitationsmanagement

2.2.7.1. Voraussetzungen für die Leistungen

- a) Die versicherte Person hat Anspruch auf die Leistungen des Rehabilitationsmanagements, sofern eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
- die versicherte Person befand sich unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung.
 - bei der versicherten Person tritt eine der unter Ziffer 2.2.14 a) bis e) oder unter Ziffer 2.2.15 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen ein.
- b) Im Rahmen des Rehabilitationsmanagements organisieren und koordinieren wir auf Ihren Wunsch die notwendigen Heil- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die berufliche Wiedereingliederung nach einem Unfall.
Darüber hinaus übernehmen wir die daraus entstehenden Organisations- und Koordinationskosten.

2.2.7.2. Art der Leistungen

Wir gewähren im Rahmen des Rehabilitationsmanagements die folgenden Leistungen:

- a) Medizinmanagement
- Beratung zu medizinischen Maßnahmen, Einrichtungen und Hilfsmitteln
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes
 - Umsetzung der Behandlungsschritte:
Organisation und Koordination von medizinischen Maßnahmen, Organisation psychologischer Betreuung, Klärung von Kostenübernahmen, Hilfestellung bei Anträgen, Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln sowie Begleitung zu Arztbesuchen, Behörden und Ämtern.
- b) Berufliches Wiedereingliederungsmanagement
- Beratung bei der behinderungsgerechten Umgestaltung des Arbeitsplatzes
 - Initiierung einer stufenweise durchgeführten Wiedereingliederung
 - Zusammenarbeit mit beteiligten öffentlichen Reha-Trägern
 - Analyse des Arbeitsmarktes
 - Entwicklung neuer Berufsziele
 - Organisation geeigneter Qualifizierungs- oder Umschulungsmaßnahmen
 - Training von Bewerbungsgesprächen

2.2.8. Kur- und Rehabilitationskosten

- a) Wir ersetzen die unfallbedingten, medizinisch notwendigen Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen der versicherten Person, sofern die Maßnahmen
- infolge eines Unfalles notwendig werden, welcher gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen zu einem dauerhaften Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent geführt hat und
 - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden und
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einer Woche durchgeführt werden.
- b) Die Voraussetzungen, wie auch die medizinische Notwendigkeit, sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Nicht als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bestimmungen gelten stationäre Behandlungen, bei denen die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- d) Der Kostenersatz für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ist auf insgesamt 30.000 Euro begrenzt.

2.2.9. Behinderungsbedingte Kosten

- a) Die Voraussetzungen für den Ersatz behinderungsbedingter Kosten gelten als erfüllt, wenn infolge eines Unfalles – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – ein gemäß den Bestimmungen der Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen ermittelter, dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent eingetreten ist und der Kostenersatz innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, von Ihnen geltend gemacht wird.
- b) Wir ersetzen die aufgrund des Unfalles notwendigen
- Kosten für künstliche Organe sowie Organtransplantationen.
 - Organisations- und Umbaukosten für den behindertengerechten Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person oder alternativ den Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz.
 - Umbaukosten eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug.
 - Kosten für künstliche Gliedmaßen und künstliche Gelenke.
 - Kosten für Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte.
 - Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines erforderlichen Blinden- oder Signalthundes.
 - Kosten einer behindertengerechten Fortbildung (zum Beispiel das Erlernen von Gebärdensprache oder Blindenschrift).
- c) Der Kostenersatz für behinderungsbedingte Kosten ist auf insgesamt 8.000 Euro begrenzt.

2.2.10. Umschulungsmaßnahmen

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern
- die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich auf die Folgen eines Unfalles der versicherten Person – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – zurückzuführen sind und
 - die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
 - die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.
- b) Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt 8.000 Euro begrenzt.

2.2.11. Psychologische Betreuung

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten für psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern
- diese aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung ärztlich angeordnet werden oder
 - die versicherte Person unfallbedingt einen Leistungsanspruch auf Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen gemäß Ziffer 2.2.14 der Zusatzbedingungen hat oder
 - die versicherte Person einen Leistungsanspruch auf Kapitalleistungen gemäß Ziffer 2.2.15 der Zusatzbedingungen hat oder
 - eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles tödlich verletzt wird oder
 - die versicherte Person Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist, und danach eine psychologische Soforthilfe ärztlich angeordnet wird.
- b) Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist auf insgesamt 1.000 Euro begrenzt.

2.2.12. Besondere Leistungen für Kinder

2.2.12.1. Vollwaisenrente

- a) Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, zahlen wir an alle zum Unfallzeitpunkt mitversicherten minderjährigen Kinder jährlich eine Vollwaisenrente.
- b) Die jährliche Rente je Kind bemisst sich an der Bruttojahresprämie, der zum Unfallzeitpunkt für das jeweilige Kind zu entrichten war. Die Höhe der Rente beträgt das Fünfzigfache dieser Jahresprämie, maximal jedoch 8.000 Euro pro Jahr und Kind.
- c) Die Rente wird längstens bis zu dem Jahr gezahlt, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2.2.12.2. Zusätzliche Todesfalleistung

Werden beide bei Janitos unfallversicherte Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt, wird zusätzlich – unabhängig von einem bereits vertraglich vereinbarten Todesfallschutz – eine Todesfalleistung von 10.000 Euro erbracht.

Voraussetzung ist, dass mindestens 1 Kind der versicherten Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.2.12.3. Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungs- und Betreuungspflichten für im Haushalt lebende minderjährige Kinder nicht nachkommen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe.
- Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 50 Euro pro Tag. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Kinderbetreuung bzw. Haushaltshilfe.
- Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 30 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.12.4. Privat- und Nachhilfunterricht

- Kann das versicherte minderjährige Kind unfallbedingt nicht oder nicht regelmäßig am regulären schulischen Unterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für den notwendigen Privatunterricht, um die Fehlzeiten auszugleichen.
- Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 30 Euro je ausgefallenem Schultag. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung des Privatunterrichts.
- Die Leistungen werden längstens bis 30 Tage nach dem Unfallereignis erbracht.

2.2.12.5. Rooming-in-Leistung

- Befindet sich ein versichertes Kind nach einem Unfall, der sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, übernehmen wir einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro je Übernachtung eines Erziehungsberechtigten im Spital (Rooming-in).
- Insgesamt übernehmen wir den Kostenzuschuss für maximal 20 Übernachtungen.
- Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.2.13. Versorgung von Haustieren

- Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.
- Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.
- Die Höhe der Leistung beträgt maximal 30 Euro pro Tag. Darüber hinaus übernehmen wir auf Wunsch auch die Organisation und Vermittlung der Unterbringung.
- Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 30 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.14. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Wir zahlen bei Eintritt einer der unter a) bis f) genannten schweren Unfallverletzungen eine Sofortleistung in Höhe von 15.000 Euro, maximal jedoch die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression).

Voraussetzung für die Leistung ist der Nachweis der Schwerverletzung infolge eines Unfalles durch eine schriftliche ärztliche Diagnose.

Ein Anspruch auf die Sofortleistung besteht jedoch nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt.

Die Sofortleistung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht allerdings nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand.
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks.
- Dauerhafte Erblindung beider Augen.
- Dauerhafte Verminderung der Sehschärfe an jedem Auge um mindestens 60 Prozent.
- Dauerhafte Hemiparese nach Schädel-Hirn-Trauma.
- Mehrfachverletzung / Polytrauma:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen unterschiedlicher Körperregionen oder
 - Gewebe zerstörende Schäden an mindestens zwei der folgenden Organe: Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Fraktur eines langen Röhrenknochens, Beckenfraktur, Wirbelkörperfraktur sowie Gewebe zerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren.

2.2.15. Kapitalleistung bei schweren Verbrennungen

- Erleidet die versicherte Person unfreiwillig Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche, zahlen wir eine Kapitalleistung in Höhe von 18.000 Euro, maximal jedoch die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression).
- Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest sowie die Geltendmachung der Leistung in Textform innerhalb von 3 Jahren nach dem Verletzungsereignis.
- Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen, wird die Kapitalleistung auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet.
Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Verletzungsereignis an dessen Folgen verstirbt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

- Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
Beträgt dieser Mitwirkungsanteil jedoch weniger als 50 Prozent, unterbleibt die Minderung.
- Wir verzichten darüber hinaus generell auf die Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen, sofern infolge des Unfalles ein dauerhafter Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen eingetreten ist.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für:

- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums. Beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,6 Promille nicht übersteigt.
- Unfälle unter Medikamenteneinfluss. Dies gilt auch, wenn keine ärztliche Verordnung vorlag oder ärztliche Anweisungen bzw. die Angaben des Beipackzettels missachtet wurden.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Schlaganfalls.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarkts.
- Unfälle im Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Unfälle durch Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie Unfälle durch Erschrecken.

Wurde eine Unfall-Todesfalleistung vereinbart, besteht Versicherungsschutz gemäß Ziffer 2.1.6 der Zusatzbedingungen auch dann, wenn sich der Unfall ursächlich durch eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung ereignete. Die Leistung ist in diesen Fällen jedoch auf maximal 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die Unfall-Todesfalleistung begrenzt.

4.2. Straftaten

Nicht versichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle,

- a) die eine minderjährige versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper erleidet, sofern durch die Herstellung oder den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.
- b) die eine minderjährige versicherte Person beim Lenken oder Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen erleidet, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung ist jedoch, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- c) infolge passiver oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand.

4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

- a) Auslandsreisen, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit hatte, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch bis 14 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, für Unfälle durch ABC-Waffen sowie im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- b) Terroranschläge in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, sofern sie außerhalb der Territorien der Krieg führender Staaten verübt werden.

4.4. Luftfahrtrisiken

Nicht versichert sind Unfälle

- a) im Rahmen einer Tätigkeit als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird. Die Ausübung von Kite-Sportarten wird nicht als das Führen von Luftsportgeräten angesehen.
- b) im Rahmen einer Tätigkeit als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges.
- c) im Rahmen einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
- d) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

4.5. Motorfahrzeuge

4.5.1. Ausschluss von Rennveranstaltungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges während der Teilnahme an Fahrveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch im Rahmen der dazugehörigen Übungsfahrten besteht kein Versicherungsschutz.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

4.5.2. Motorradrisiko

- a) Eingeschränkter Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer eines Motorrades.
Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich davon ab, ob die versicherte Person Fahrer eines Motorra-

des ist (Motorradrisiko). Als Motorräder gelten alle Kraffräder, Kraftroller, Quads oder Trikes mit einem Hubraum ab 50ccm.

Eine Änderung des Motorradrisikos der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

- b) Wegfall des Motorradrisikos
 - Vermindert sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Wegfall des Motorradrisikos und errechnen sich dadurch bei gleich bleibender Prämie höhere Versicherungssummen, so gelten diese sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf von 30 Tagen ab der Änderung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
 - Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend verminderter Prämie weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen zugeht.
- c) Hinzukommen des Motorradrisikos
 - Erhöht sich das Unfallrisiko der versicherten Person durch Hinzukommen des Motorradrisikos und errechnet sich dadurch bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine höhere Prämie, so gilt diese ab dem Zeitpunkt der Motorradnutzung. Grundlage der Berechnung bildet der zum Zeitpunkt der Änderung gültige Tarif.
 - Sofern gewünscht, führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen weiter, sobald uns eine entsprechende Erklärung zugeht.
 - Wird das höhere Unfallrisiko als Fahrer eines Motorrades nicht angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar vollumfänglich bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Zeitpunkt der Motorradnutzung.

4.6. Strahlenschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Strahlenschäden, soweit diese in Zusammenhang mit Kernenergie stehen.

4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen die überwiegende Ursache ist.

4.8. Heilmaßnahmen

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

- a) die Gesundheitsschäden in ursächlichem Zusammenhang mit unfallbedingten, medizinisch notwendigen Impfungen sowie mit Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen und versicherte Infektionskrankheiten gemäß Ziffer 1.6. der Zusatzbedingungen stehen.
- b) die Heilmaßnahmen oder Eingriffe in ursächlichem Zusammenhang mit einem unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis stehen.
- c) es sich bei den Eingriffen um Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut handelt.

4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten.

Die Leistungen werden jedoch nur erbracht, soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

4.10. Sportausübung

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes-, oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, bei einer entgeltlichen Teilnahme an Wettbewerben und Ligaspielen und bei dem Training für diese Veranstaltungen.

4.11. Berufsunfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobaten, Mitarbeiter von Munitions-, Minensuch- und Räumtruppen, Mitarbeiter von Betrieben, die explosive Stoffe herstellen, lagern oder hiermit Handel treiben, Offshore-Besatzungen, Sprengmeister, Stuntman und Testfahrer, Sportler mit Verträgen oder Lizenzen sowie Berufssportler. (Sportler mit Verträgen oder Lizenzen im Sinne dieser Bedingungen sind Personen, die Ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die Ausübung von Sport verdienen oder die durchschnittlich mehr als 3 Stunden am Tag Sport betreiben).

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

5.1. Familienvorsorge

5.1.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Eheschließung oder mit Beginn einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. Der Versicherungsschutz besteht allerdings nur dann, wenn für den Ehegatten bzw. Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer bereits eine Unfallversicherung besteht.

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Best Selection mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Der Versicherungsschutz wird bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zuzüglich 12 weiterer Monate gewährt.
- c) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge ein Antrag auf Einschluss des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners gestellt, wird auf eine Gesundheitsprüfung bei dieser Person verzichtet.

5.1.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

- a) Im Rahmen der Familienvorsorge gewähren wir Ihnen prämienfreien, automatischen Versicherungsschutz im Falle einer Schwangerschaft, Geburt oder Adoption gemäß den Regelungen in b) bis d).

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungen der Produktlinie Best Selection mit der Leistungsart Invalidität, einer Versicherungssumme von 30.000 Euro und Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression.

- b) Schwangerschaft
Für Ihre ungeborenen Kinder besteht Unfallversicherungsschutz längstens bis zum Tag der Geburt. Gesundheitsschäden des ungeborenen Kindes sind sowohl bei einer unfallbedingten Einwirkung auf die Mutter, als auch bei einer direkten unfallbedingten Einwirkung auf das Kind versichert.
- c) Geburt eines Kindes
Der Versicherungsschutz für Ihre neugeborenen Kinder wird ab dem Tag der Geburt bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zuzüglich zwölf weiterer Monate gewährt.
- d) Adoption eines Kindes
Der Versicherungsschutz gilt für Ihre adoptierten Kinder unter 15 Jahren. Er wird ab Rechtswirksamkeit der Adoption bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zuzüglich zwölf weiterer Monate gewährt.
- e) Wird während der Gültigkeit der Familienvorsorge ein Antrag auf Einschluss eines neugeborenen oder adoptierten Kindes gestellt, gilt der beantragte, prämienpflichtige Unfallschutz zusätzlich zum prämienfreien Schutz der Familienvorsorge.
Darüber hinaus wird in diesen Fällen auf eine Gesundheitsprüfung bei dem zu versichernden Kind verzichtet.

5.1.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

- a) Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben,
- wird die Versicherung Ihres Kindes mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet.

- wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer

- b) Voraussetzungen für die Prämienbefreiung sind:
- die Versicherung war zum Zeitpunkt des Todes nicht gekündigt und
 - Ihr Tod wurde nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht.

5.2. Familienvorsorge im Rahmen der Individualgarantie

- a) Abweichend von Ziffer 5.1 der Zusatzbedingungen gelten – auf Ihren Wunsch – im Rahmen einer erweiterten Familienvorsorge hinsichtlich Versicherungssumme, versicherter Leistungsarten, Gliedertaxe und Progression für die prämienfrei versicherten Personen die gleichen Vereinbarungen, wie für den Versicherungsnehmer.

Widersprechen diese allerdings ganz oder teilweise den Annahmerichtlinien oder Tarifbestimmungen, werden wir die Familienvorsorge leistungs- und summenmäßig so ausgestalten, dass sie dem Leistungsumfang des Versicherungsnehmers möglichst nahe kommt.

- b) Für den Ehepartner bzw. Partner der eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie die neugeborenen und adoptierten Kinder wird der prämienfreie Versicherungsschutz längstens bis zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages zuzüglich zwölf weiterer Monate gewährt.
Für ungeborene Kinder gestaltet sich die Dauer der Familienvorsorge ohne Abweichungen gemäß Ziffer 5.1.2 der Zusatzbedingungen.

6. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

- a) Werden Sie während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages arbeitslos, befreien wir Sie auf Ihren Wunsch von der Prämienzahlungspflicht (Prämienbefreiung). Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit unverändert bestehen.
- b) Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.
- c) Die Prämienbefreiung erfolgt, sofern alle folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:
- die Arbeitslosigkeit war unverschuldet.
 - das Arbeitsverhältnis war unbefristet und die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
 - der Unfallversicherungsvertrag bestand bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens 12 Monaten.
 - bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bestand kein Prämienrückstand.
- d) Die Prämienbefreiung beginnt ab der ersten Fälligkeit, die der Meldung der Arbeitslosigkeit folgt.
Die Prämienbefreiung endet mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus erlischt der Unfallversicherungsvertrag ohne besondere Vereinbarung, wenn die Prämienbefreiung mehr als 12 Monate dauert.
- e) Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.
- f) Kein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

7. Updategarantien

7.1. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung oder Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung Österreich ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

7.2. Individualgarantie

7.2.1. Gegenstand der Leistungen

Im Rahmen der Individualgarantie besteht automatisch Versicherungsschutz für Risikoänderungen und neue Unfallrisiken, ohne dass eine Änderungsanzeige durch den Versicherungsnehmer erfolgen muss.

7.2.2. Voraussetzung für die Leistungen

Die Risikoänderungen und neuen Risiken sind im Rahmen der zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien zur Janitos Unfallversicherung Österreich versicherbar.

7.2.3. Zeitlicher Umfang der Leistungen

Der Zeitraum der automatischen Mitversicherung beginnt mit dem Datum der Risikoänderung bzw. mit dem Eintritt des neuen Risikos. Sie gilt bis zur folgenden Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages zuzüglich zwölf weiterer Monate.

7.2.4. Ende der Leistungen

Wurde bis zum Ende des Gültigkeitszeitraumes der automatischen Mitversicherung das Änderungsrisiko nicht angezeigt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die automatische Mitversicherung.

7.3. Neutarifgarantie

7.3.1. Gegenstand der Leistungen

Im Rahmen der Neutarifgarantie reguliert Janitos Leistungsfälle von Unfallversicherungsverträgen, die sich noch in einer alten Tarifgeneration befinden, immer entsprechend dem Leistungsumfang der aktuell im Neugeschäft angebotenen Tarifgeneration.

Sollte die ursprünglich abgeschlossene Tarifgeneration dagegen bessere Leistungen bieten als die aktuelle, behält die für den Versicherungsnehmer günstigere Variante ihre Gültigkeit.

7.3.2. Umfang und Einschränkungen der Neutarifgarantie

Die Neutarifgarantie gilt für alle zukünftigen Bedingungsänderungen der Produktlinie Best Selection,

- die Leistungsverbesserungen hinsichtlich der Leistungsarten gemäß Ziffer 2.1 der Zusatzbedingungen Best Selection darstellen. Ausgenommen hiervon sind Verbesserungen hinsichtlich Ziff. 2.1.1.2 (Gliedertaxe) und Ziff. 2.1.1.4 (Progressionsmodell), sowie aller Leistungsarten, die zum Zeitpunkt des versicherten Unfallereignisses nicht vereinbart und nicht im Versicherungsschein aufgeführt sind.
- die Leistungsverbesserungen hinsichtlich der Regelungen gemäß Ziffern 2.2 bis 7 der Zusatzbedingungen Best Selection darstellen.

Die Neutarifgarantie gilt generell nicht für zukünftige Bedingungsänderungen,

- die Leistungsverbesserungen hinsichtlich der Regelungen gemäß Ziff. 8 (Zusatzpaket Medic) und Ziff.9 (Zusatzpaket Plus) der Zusatzbedingungen Best Selection darstellen,
- bei denen es sich um Assistancelleistungen oder sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen handelt,
- die in einer zukünftigen Tarifgeneration nur im Rahmen eines zusätzlich ausgewiesenen Mehrbeitrags versicherbar sind.

7.3.3. Kündigung

Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von einem Monat die Neutarifgarantie durch eine Erklärung in Textform kündigen. Der Versicherungsnehmer kann bestimmen, dass seine Kündigung erst zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird. Macht der Versicherer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Unfallversicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

8. Zusatzpaket Medic

Versicherungsschutz für das Zusatzpaket Medic besteht, sofern dieses im Versicherungsschein aufgeführt ist.

8.1. Pflege-Assistancelleistungen

Die Pflege-Assistancelleistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflichtversicherer oder die gesetzliche Pflegeversicherung sein.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an Janitos wenden.

Die Pflege-Assistancelleistungen werden ausschließlich in Österreich erbracht.

8.1.1. Pflege-Assistancelleistungen für versicherte Personen

Die versicherte Person hat Anspruch auf die unter Ziffer 8.1.1 a) bis i) aufgeführten Pflege-Assistancelleistungen, sofern eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt wird und bei Eintritt des Unfalles noch keine Pflegebedürftigkeit nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) bestand.

- Die versicherte Person befand sich unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.
- Bei der versicherten Person tritt eine der unter Ziffer 2.2.14 a) bis e) oder Ziffer 2.2.15 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen ein und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.

Wir übernehmen die Kosten der Vermittlung und Organisation qualifizierter Dienstleister, sowie die notwendigen Kosten der Pflege-Assistancelleistungen.

- Tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit.
- Bis zu zweimal pro Woche Einkauf von regelmäßig benötigten Waren und Lebensmitteln sowie Erledigung notwendiger Besorgungen (die Kosten für eingekaufte Waren und Lebensmittel werden nicht übernommen).
- Bis zu zweimal pro Woche Fahrdienst inkl. Begleitung zu notwendigen Behörden-, Arzt- und Therapieterminen im Umkreis von bis zu 50 km.
- Bis zu insgesamt 10 Stunden pro Woche für die Reinigung der Wohnung, die Reinigung und Versorgung von Wäsche sowie die Versorgung von Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten).
- Sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
- Notfall-Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen.
- Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach dem Spitalaufenthalt, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- Information zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Empfehlung geeigneter Pflegeeinrichtungen, Beratung über Pflegehilfsmittel sowie Vermittlung einer Pflegeschulung für Angehörige.
- Tägliche Grundpflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die Leistung wird für 2 Monate ab Geltendmachung der Unfallleistung erbracht, längstens jedoch bis zu 6 Monate ab dem Unfallereignis.

Sofern in den jeweiligen Bestimmungen nichts anderes vereinbart ist, enden sämtliche unter Ziffer 8.1.1 a) bis h) aufgeführten Pflege-Assistancelleistungen spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis.

8.1.2. Pflege-Assistancelleistungen für Angehörige

- Die gemäß Ziffer 8.1.1. a) bis i) der Zusatzbedingungen beschriebenen Pflege-Assistancelleistungen werden auch für die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden pflegebedürftigen Angehörigen erbracht.
- Die versicherte Person hat Anspruch auf die Pflege-Assistancelleistungen für pflegebedürftige Angehörige, sofern die folgende Voraussetzungen erfüllt werden:
 - Bei der versicherten Person ist eine der unter Ziffer 2.2.14 a) bis e) oder Ziffer 2.2.15 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eingetreten.
 - Die pflegebedürftigen Angehörigen waren bereits vor dem Unfall der versicherten Person ganz oder teilweise nicht in der Lage, die Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen.
 - Die Pflegeaufgaben wurden bereits vor dem Unfallzeitpunkt von der versicherten Person wahrgenommen.
- Die Leistungen werden längstens bis 2 Monate nach dem Unfallereignis erbracht.

8.2. Schwere Erkrankungen

8.2.1. Was ist versichert?

Wir zahlen bei Vorliegen einer der aufgeführten schweren Erkrankungen, deren endgültige, nachweislich belegte Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt, einen einmaligen Betrag von 2.000 Euro.

8.2.2. Allgemeine Erläuterungen

- a) Die unter Ziffer 8.2.5 der Zusatzbedingungen genannten qualifizierten Ärzte bzw. Fachärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.
- b) Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

8.2.3. Allgemeine Ausschlüsse

- a) Grundsätzlich leisten wir für Leistungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person verursacht worden ist
- durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
 - durch Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol sowie durch den Konsum in Deutschland illegaler Drogen.
- b) Beachten Sie bitte auch die Ausschlüsse bestimmter Eingriffe und Krankheitsbilder. Diese sind jeweils in den Bestimmungen und Beschreibungen der versicherten schweren Krankheiten aufgeführt.
- c) Darüber hinaus weisen wir explizit auf die Wartezeiten hin, die bei der versicherten Angioplastie am Herzen gemäß Ziffer 8.2.5.3 der Zusatzbedingungen, bei den versicherten Krebserkrankungen gemäß Ziffer 8.2.5.8 und Ziffer 8.2.5.9 der Zusatzbedingungen und bei Multipler Sklerose gemäß Ziffer 8.2.5.14 der Zusatzbedingungen zu beachten sind.

8.2.4. Regelung bei Eintritt eines Leistungsfalles

Sofern ein versicherter Leistungsfall aus einer der nach Ziffer 8.2.5 der Zusatzbedingungen versicherten schweren Erkrankung eingetreten ist, endet automatisch der Versicherungsschutz für die betroffene Erkrankung. Der Versicherungsschutz für alle anderen unter Ziffer 8.2.5 der Zusatzbedingungen aufgeführten schweren Erkrankungen bleibt dagegen unverändert bestehen.

8.2.5. Versicherte schwere Erkrankungen

8.2.5.1. Herzinfarkt

- a) Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels absterbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- die Diagnose Angina Pectoris.
 - Herzinfarkte, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

8.2.5.2. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

- a) Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.3. Angioplastie am Herzen

- a) Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 Prozent verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- Implantation von Metallgeflechtem (Stents)
- Atherektomie
- Ballondilatation und Rotarablation
- Laser

Vereinfachte Erläuterung:

Mit verschiedenen Techniken können Herzkranzgefäße erweitert werden. Hierdurch ist es möglich, Ablagerungen an den Gefäßwänden zu entfernen und die Arterie möglichst dauerhaft für das Blut wieder durchgängig zu machen.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Abschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

8.2.5.4. Aortenplastik

- a) Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden.

Beispiele versicherter Eingriffe sind:

- Eingriffe an der Aortenbifurkation
- chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma
- Aortendissektion.

Vereinfachte Erläuterung:

Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- das Einbringen von Stents mittels minimal invasiven Verfahren und Eingriffen an den Seitenästen der Aorta.
 - eine Aortenplastik am Herzen, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.5. Herzklappenoperation

- a) Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.

Vereinfachte Erläuterung:

Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Herzklappen-Operation, deren Notwendigkeit bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.6. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

- a) Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (physische Einschränkung von mindestens Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

Vereinfachte Erläuterung:

Kardiomyopathie ist ein ernst zu nehmender Zustand oft unbekannter Ursache, wobei der Herzmuskel nicht mehr in der Lage ist, Blut effektiv durch den Körper zu pumpen. Manchmal ist dieser Zustand nur vorübergehend, in einigen Fällen entwickelt sich jedoch eine andauernde Herzschwäche.

Eine permanente Kardiomyopathie kann nicht geheilt werden und verschlimmert sich mit der Zeit. Symptome sind Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung, Brustschmerzen und ein allgemeines Schwächegefühl.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Erkrankungen des Herzmuskels, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.7. Schlaganfall

- a) Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen. Ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA).

Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Bluteere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für Schlaganfälle, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

8.2.5.8. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

- a) Krebs ist die Diagnose eines fortgeschrittenen, bösartigen Tumors. Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM Klassifikation maligner Tumore, Siebente Auflage“ der International Union against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I – IV). Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Diagnose einer Krebserkrankung ab Stadium III bzw. Schweregrad III bei Hirntumoren.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in

andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für:
- alle Carcinoma-in-situ (TIS)
 - Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
 - Krebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

8.2.5.9. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

- a) Unter diese Begriffe fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells.
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells.
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für alle Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebskrankungen des Stadiums 3 oder größer.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- b) Es besteht kein Versicherungsschutz für Lymphknoten- oder Blutkrebs, der bereits vor Vertragsabschluss oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschluss des Zusatzbausteines diagnostiziert wurde/wird.

8.2.5.10. Nierenversagen

- a) Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für ein Nierenversagen, das bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.11. Fortgeschrittene Lebererkrankung

- a) Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Hepatische Enzephalopathie
- Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- Permanente Gelbsucht
- Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine fortgeschrittene Lebererkrankung hat das Versagen der meisten oder sogar aller Leberfunktionen zur Folge. Charakteristische Anzeichen für diese Erkrankung sind die oben erwähnten Symptome. Gelbsucht lässt die Haut gelblich erscheinen und ist üblicherweise ein Anzeichen für eine nicht richtig funktionierende Leber. „Wasserbauch“ beschreibt eine Flüssigkeitsansammlung im Bauchbereich. Unter der hepatischen Enzephalopathie versteht man Bewusstseinsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen als Folge des Leberversagens.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lebererkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.12. Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

- a) Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenkrankheiten nachgewiesen werden:
- Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
 - FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
 - Ruhedyspnoe
 - Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger (PaO₂ < 55 mm Hg)

Vereinfachte Erläuterung:

Bei der so genannten chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung kommt es zu einer Verengung großer Bereiche der Atemwege, was vor allem beim Ausatmen zu einem erhöhten Atemwegwiderstand führt. Eine Folge kann die Ausbildung eines Emphysems sein, d. h., der normale Aufbau der Lunge ist zerstört und es kommt zu einer Lungenblähung.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Lungenerkrankung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.13. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

- a) Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Kinderlähmung, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.14. Multiple Sklerose

- a) Definition der versicherten Multiple Sklerose:
Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.

Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft, d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren nicht in der Lage ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Es liegt ein neurologisch nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor.

- b) Wartezeiten bei MS Erkrankungen sowie Leistungsausschlüsse:
Es besteht kein Versicherungsschutz für MS Erkrankungen, deren erstmalige Symptome vor dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder innerhalb der ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Einschuss des Zusatzbausteines diagnostiziert worden sind bzw. diagnostiziert werden.

8.2.5.15. Gutartiger Hirntumor

- a) Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls

inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein gutartiger Tumor ist gekennzeichnet durch ein nicht krebsartiges abnormales Gewebewachstum. Ein solcher Tumor im Gehirn ist sehr ernst zu nehmen, auch wenn er nicht krebsartig ist. Der wachsende Tumor kann Druck auf andere Bereiche des Gehirns ausüben und daher lebensbedrohlich sein, wenn er nicht entfernt wird.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für
- Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule.
 - gutartige Hirntumore, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden.

8.2.5.16. Bakterielle Meningitis

- a) Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Schädigung (z. B. Sprachstörungen, Halbseitenlähmung) führt. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch eine Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit (Liquor) nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Meningitis ist eine Entzündung der harten oder weichen Hirnhaut sowie der Rückenmarkshäute. Die Infektion kann durch Bakterien, Viren, Protozoen (meist tropische Parasiten) oder Pilze verursacht sein. Allgemein ist die Erkrankung als „Hirnhautentzündung“ bekannt.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine bakterielle Meningitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.17. Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

- a) Die Erkrankung muss vor dem 68. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Charakteristisch für eine Alzheimer-Erkrankung ist der fortschreitende Verlust von Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteilsvermögen und Intelligenz. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht aufzuhalten. Symptome zeigen sich in einer Verminderung der Gehirngröße und einem Verlust von Nervenzellen im Gehirn.

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.18. Enzephalitis

- a) Schwere Entzündung des Hirngewebes, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Störung (z. B. Sprachstörungen) geführt hat. Diese Schädigung muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Enzephalitis ist eine Entzündung der grauen bzw. weißen Substanz des Hirngewebes oder des gesamten Gehirns und wird verursacht durch Bakterien, Viren oder Protozoen (meist tropische Parasiten).

- b) Kein Versicherungsschutz besteht für eine Enzephalitis, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurde.

8.2.5.19. Pflegebedürftigkeit

- a) Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II, III, IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012).
- b) Kein Versicherungsschutz besteht, sofern bereits vor Vertragsabschluss eine Pflegebedürftigkeit bestand oder festgestellt wurde.

9. Zusatzpaket Plus

Versicherungsschutz für Leistungserweiterungen in dem Zusatzpaket Plus besteht, sofern dieses im Versicherungsschein aufgeführt ist.

9.1. Eigenbewegungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 der Zusatzbedingungen gelten auch Gesundheitsschäden am gesamten Körper als Unfall, die durch Eigenbewegungen verursacht wurden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

9.2. Ausschlüsse

- a) Abweichend von Ziffer 4.1 der Zusatzbedingungen besteht Versicherungsschutz für
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen auch dann, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,6 Promille übersteigt.
 - Unfälle infolge Drogeneinfluss.

Darüber hinaus wird bei einem Todesfall infolge eines Unfalles, der sich ursächlich durch eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung ereignete, die vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall in voller Höhe gezahlt.

- b) Abweichend von Ziffer 4.7 der Zusatzbedingungen besteht Versicherungsschutz für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen auch dann, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen nicht die überwiegende Ursache ist.

9.3. Prämienpflichtige Leistungen

9.3.1. Unfall-Rente

In Ergänzung zu Ziffer 2.1.2 der Zusatzbedingungen gilt:

Nach dem Tod des Unfall-Rentenbeziehers verbleibt ein Anspruch von insgesamt 100 Prozent der Unfall-Rente bei den Erbberechtigten gemäß gesetzlicher Erbfolge. Als Bemessungsgrundlage gilt die Höhe der Unfall-Rente in dem Monat, in dem der Unfall-Rentenbezieher verstirbt.

An minderjährige Erbberechtigte werden die Leistungen maximal bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres weitergezahlt.

An volljährige Erbberechtigte werden die Leistungen 5 Jahre lang nach dem Tod des Unfall-Rentenbeziehers weitergezahlt.

9.3.2. Unfall-Spitalgeld

Abweichend von Ziffer 2.1.4.1 der Zusatzbedingungen wird das vereinbarte Unfall-Spitalgeld für mindestens 5 Tage gezahlt. Die weiteren Voraussetzungen gemäß Ziffer 2.1.4.1 a) und b) bleiben unberührt.

Darüber hinaus wird – in Ergänzung zu Ziffer 2.1.4.1 – das vereinbarte Unfall-Spitalgeld für jeden Kalendertag gezahlt, mindestens jedoch für 5 Tage,

- a) an dem die versicherte Person unfallbedingt einen medizinisch notwendigen vollstationären Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt absolviert.
- b) an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Desensibilisierungsmaßnahme zur Behandlung von Allergien befindet.
- c) an dem bei der versicherten Person eine unfallbedingte und medizinisch notwendige ambulante ärztliche Erstversorgung eines Knochenbruchs durchgeführt wird.
- d) an dem die versicherte Person unfallbedingt einen medizinisch notwendigen Kurzzeitpflege-Aufenthalt in einem Pflege- oder Seniorenheim absolviert, der in unmittelbarem Anschluss an einen Spitalaufenthalt durchgeführt wird. Der Leistungsanspruch ist in diesen Fällen auf insgesamt 30 Kalendertage begrenzt.

9.3.3. Unfall-Pflegegeld

Es besteht Versicherungsschutz für Unfall-Pflegegeld, wenn die Leistungsart Unfall-Spitalgeld im Versicherungsschein aufgeführt ist.

- a) Das Unfall-Pflegegeld wird gezahlt, sofern infolge eines Unfalles – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – bei der versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit Einstufung in Pflegestufe I, II, III, IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) eintritt.

Sofern die Pflege-Assistanceleistungen gemäß Ziffer 8.1 der Zusatzbedingungen in Anspruch genommen werden, beginnt der Anspruch auf Unfall-Pflegegeld erst nach Ende unserer Pflege-Assistanceleistungen.

- b) Die Höhe des Unfall-Pflegegeldes richtet sich nach der Pflegestufe des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes (Stand 01.09.2012). Es gilt folgende Staffelung:
- 30 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe I-III nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz
 - 40 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe IV nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz
 - 60 Euro je Kalendertag bei Einstufung in Pflegestufe V-VII nach österreichischen Bundespflegegeldgesetz

- c) Unfall-Pflegegeld wird für die Dauer der Einstufung in eine Pflegestufe des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes, längstens für 3 Jahre vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

9.3.4. Unfall-Komageld

- a) Abweichend von Ziffer 2.1.7 der Zusatzbedingungen beträgt das Unfall-Komageld – unabhängig von der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für das Unfall-Spitalgeld – 30 Euro je Kalendertag.
- b) Unfall-Komageld wird abweichend von Ziffer 2.1.7 der Zusatzbedingungen ab dem 1. Tag des Komas für die Dauer des Komas gezahlt, längstens für 3 Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

9.4. Prämienfreie Leistungen

9.4.1. Such-, Bergungs-, und Rettungskosten

Abweichend von Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

Abweichend von Ziffer 2.2.2 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Kranken- und Rücktransporte im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1. der Zusatzbedingungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Abweichend von Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen werden die Behandlungskosten im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1. der Zusatzbedingungen ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.4. Kosmetische Operationen und Zahnersatz

Abweichend von Ziffer 2.2.5.1 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.5. Kur- und Rehabilitationskosten

Abweichend von Ziffer 2.2.8 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.6. Behinderungsbedingte Kosten

Abweichend von Ziffer 2.2.9 der Zusatzbedingungen ist der Ersatz behinderungsbedingter Kosten auf insgesamt 25.000 Euro begrenzt.

9.4.7. Umschulungsmaßnahmen

Abweichend von Ziffer 2.2.10 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für Umschulungsmaßnahmen ohne Höchstgrenze ersetzt.

9.4.8. Psychologische Betreuung

Abweichend von Ziffer 2.2.11 der Zusatzbedingungen ist der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

9.4.9. Besondere Leistungen für Kinder

- a) Abweichend von Ziffer 2.2.12.1 der Zusatzbedingungen beträgt die Höhe der Vollwaisenrente mindestens 12.000 Euro pro Jahr und Kind.
- b) Abweichend von Ziffer 2.2.12.3 der Zusatzbedingungen werden die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe bis maximal 120 € pro Tag übernommen. Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 6 Monate nach dem Unfallereignis.
- c) Abweichend von Ziffer 2.2.12.4 der Zusatzbedingungen werden die nachgewiesenen Kosten für den notwendigen Privatunterricht ohne Höchstgrenze ersetzt. Die Leistungen werden für maximal 6 Monate übernommen.
- d) Abweichend von Ziffer 2.2.12.5 der Zusatzbedingungen ersetzen wir im Rahmen der versicherten Rooming-in-Leistungen auf Ihren Wunsch auch alternativ die tatsächlich entstandenen, nachgewiesenen Übernachtungskosten. Auf eine Begrenzung der Anzahl der Übernachtungen wird verzichtet.

9.4.10. Versorgung von Haustieren

Abweichend von Ziffer 2.2.13 der Zusatzbedingungen werden die Kosten für die tiergerechte Unterbringung ohne Höchstgrenze ersetzt. Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 12 Monate nach dem Unfallereignis.

9.4.11. Sofort- bzw. Kapitalleistung bei schweren Verletzungen und Verbrennungen

- a) Abweichend von Ziffer 2.2.14 und 2.2.15 a) der Zusatzbedingungen zahlen wir eine Sofort- bzw. Kapitalleistung in Höhe von 25.000 €. Eine Begrenzung auf die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) entfällt.
- b) In Ergänzung zu Ziffer 2.2.14 und 2.2.15 der Zusatzbedingungen gilt bei Immobilienerwerb folgende Regelung:
Wir zahlen eine erhöhte Sofort- bzw. Kapitalleistung, wenn Sie und/oder Ihr Partner (Ehepartner oder Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft) während der Gültigkeit des Unfallversicherungsvertrages erstmals Wohneigentum zur Eigennutzung erwerben oder bauen und während eines Zeitraums von 5 Jahren ab Baubeginn oder Eigentumserwerb bei Ihnen oder Ihrem Partner eine der unter Ziffer 2.2.14. a) bis f) oder Ziffer 2.2.15 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eintritt.

Die erhöhte Sofort- bzw. Kapitalleistung beträgt für Sie und Ihren Partner (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages mitversichert):

- 50.000 Euro bei Eintritt im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.
- 45.000 Euro bei Eintritt im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.
- 40.000 Euro bei Eintritt im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 35.000 Euro bei Eintritt im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 35.000 Euro bei Eintritt im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn

Der Anspruch auf die Zahlung der erhöhten Sofort- bzw. Kapitalleistung kann während eines Zeitraums von insgesamt 3 Jahren, vom Unfallereignis an gerechnet, geltend gemacht werden.

Er endet jedoch in jedem Fall zum Zeitpunkt der Veräußerung des Wohneigentums oder der Beendigung des Versicherungsvertrages.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Eigentumserwerbs bzw. des Baubeginns von Ihnen nachzuweisen.

9.4.12. Gipsgeld

Ab dem 01.10.2016 gilt nachfolgende Leistung mitversichert:

Muss eine versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfallereignisses, das zu einer Fraktur führt, länger als 14 Tage einen Gipsverband tragen, zahlen wir einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 250 EUR. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 21 Monaten vom Unfalltag an gerechnet durch Vorlage eines ärztlichen Attests geltend zu machen.

9.5. Arbeitslosigkeit

Abweichend von Ziffer 6 der Zusatzbedingungen erlischt der Unfallversicherungsvertrag ohne besondere Vereinbarung, wenn die Prämienbefreiung mehr als 36 Monate dauert.

9.6. Fälligkeit der Leistung

Abweichend von Ziffer 12 der Zusatzbedingungen sind wir verpflichtet, bei einem Invaliditätsanspruch innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

9.7. Familien-Vorsorgeversicherung

9.7.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

Abweichend von Ziffer 5.1.1. der Zusatzbedingungen gilt:

Im Rahmen des Versicherungsschutzes der Familienvorsorge gilt bei Eheschließung oder mit Beginn einer eingetragenen Lebenspartnerschaft für die Leistungsart Invalidität eine Versicherungssumme von 100.000 Euro.

Darüber hinaus gilt die Leistungsart Unfall-Todesfalleistung in Höhe von 10.000 Euro und die Leistungsart Unfall-Spitalgeld mit Genesungsgeld in Höhe von 20 Euro versichert.

9.7.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

Abweichend von Ziffer 5.1.2. der Zusatzbedingungen gilt im Rahmen des Versicherungsschutzes der Familienvorsorge bei Schwangerschaft, Geburt und Adoption für die Leistungsart Invalidität eine Versicherungssumme von 100.000 Euro. Zusätzlich gilt die Leistungsart Unfall-Todesfalleistung in Höhe von 10.000 Euro versichert.

Darüber hinaus gilt bei Geburt und Adoption eines Kindes die Leistungsart Unfall-Spitalgeld mit Genesungsgeld in Höhe von 20 Euro versichert.

9.7.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Abweichend von Ziffer 5.1.3 b) der Zusatzbedingungen gelten die Bestimmungen der Ziffer 5.1.3 a) der Zusatzbedingungen auch dann, wenn die Versicherung zum Zeitpunkt des Todes bereits gekündigt war.

9.8. Verdienstausschlag von Selbständigen

Abweichend von Ziffer 10 der Zusatzbedingungen wird bei Selbständigen ein fester Betrag von 4 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 1.000 Euro erstattet, sofern der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen werden kann.

Der Leistungsfall

10. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

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

- a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.
- b) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c) Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung gemäß Ziffer 10 a) und b) innerhalb des ersten Jahres vom Unfalltag an gerechnet bei uns einreichen.
- d) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausschlages tragen wir.
Kann bei Selbstständigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen werden, wird ein fester Betrag von 2 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro erstattet.
- e) 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.
- f) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

11. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- a) Wird eine Obliegenheit gemäß Ziffer 10 der Zusatzbedingungen vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.
- b) Bei grob fahrlässiger 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.

- c) Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung jedoch nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.
- d) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

12. Wann sind die Leistungen fällig?

- a) 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.
- b) Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- c) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- d) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- e) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht gemäß Ziffer 12 a), von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- f) Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
- g) 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.