Gothaer

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Unfallversicherung für Privatkunden

Stand: GUB 2018 – 02.2018

211179 – 01.2022

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

Ihr Interesse an unseren Gothaer-Produkten freut uns sehr.

Die Basis unseres gegenseitigen Vertrages bilden

• die Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018)

und soweit vereinbart

• Besondere Bedingungen

Sie legen zusammen mit dem Versicherungsschein den Inhalt Ihrer Versicherung fest und sind wichtiger Bestandteil unserer Vertragsvereinbarung.

Bitte lesen Sie die GUB 2018 daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall der versicherten Person, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

Sofern in Schreiben, allgemeinen Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheinen, Rechnungen, Mahnungen usw. der Begriff „Beitrag“ verwandt wird, wird dieser gleichlautend/synonym für den Begriff „Prämie“ gebraucht.

Bei allen Fragen zur Gothaer Unfall-Versicherung hilft Ihnen auch Ihr Berater gerne weiter.

Ihre
Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Das Inhaltsverzeichnis

	Seite
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	**3**
Allgemeine Kundeninformationen	**5**
Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	**8**
Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018)	**14**
Anhang	
Informationen zum Gothaer Garantie Paket	**69**
Information zu Ihren Extra-Services	**70**
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI)	**71**
Anlage 1 zu § 15 SGB XI Einzelpunkte der Module 1 bis 6	**73**
Anlage 2 SGB XI (zu § 15) Bewertungssystematik	**77**
Auszug aus den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	**77**

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Gothaer

Unternehmen:
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Gothaer Unfallversicherung

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick über die Gothaer Unfallversicherung. Es ist beispielhaft und daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen:
- **Versicherungsantrag**
- **Versicherungsschein**
- **Gothaer Unfallversicherungsbedingungen**

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Unfallversicherung.

Was ist versichert?

✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt zum Beispiel vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür können Sie insbesondere zwischen folgenden Leistungsarten wählen:

Geldleistungen
- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Einmalige Geldleistung im Todesfall.
- ✓ Regelmäßige Rente bis zum 67. Geburtstag oder lebenslange Rente bei besonders schweren Beeinträchtigungen durch Unfall.
- ✓ Regelmäßige Rente bei besonders schweren Beeinträchtigungen durch Unfall und/oder Krankheit.
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen.

Dienstleistungen
- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall zum Beispiel Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement

Welche Leistungen konkret versichert sind, können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?
- ✓ Die Höhe der Versicherungssummen und der versicherten Leistungen können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen.

Was ist nicht versichert?

- × Krankheiten, zum Beispiel: Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall.
- × Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- × Sachschäden, zum Beispiel Brille, Kleidung.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! Unfälle durch Drogenkonsum
  - ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
  - ! Unfälle durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen
  - ! Bandscheibenschäden
- ! Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammen treffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.

Wann und wie zahle ich?
Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).

Wann beginnt und endet die Deckung?
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung.
Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.
Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von drei Jahren oder mehr? Dann können Sie Ihren Vertrag zum Ende des dritten Jahres kündigen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?
Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer erfolgen.
Außerdem können Sie und wir den Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig kündigen. Das ist zum Beispiel nach einem Schadenfall möglich.

Allgemeine Kundeninformationen

Gesellschaftsangaben

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und Registernummer	Amtsgericht Köln, HRB 21433
Vorsitzender des Aufsichtsrates	Prof. Dr. Werner Görg
Vorstand	Thomas Bischof (Vorsitzender) Oliver Brüß Dr. Mathias Bühring-Uhle Harald Ingo Epple Michael Kurtenbach Oliver Schoeller
Postanschrift	50598 Köln
• **Ladungsfähige Anschrift** Hausanschrift	Gothaer Allee 1 50969 Köln

Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter

Gothaer Allgemeine Versicherung AG Niederlassung für Frankreich	2 Quai Kleber	FR-67000 Strasbourg
Hauptbevollmächtigter	Claude Ketterle	

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Gothaer Versicherung AG ist durch Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung berechtigt.

Aufsichtsbehörde

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

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

Die wesentlichen Merkmale der Versicherung wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen sowie den Gesamtbeitrag (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im jeweiligen Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. in unserem Vorschlag genannt.

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

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

• **Gothaer Beschwerdemanagement**

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
50598 Köln
Internet: www.gothaer.de/privatkunden/kontakt-privatkunden/beschwerdemanagement.htm
Mail: beschwerde@gothaer.de
oder an den Versicherungsombudsmann als gesetzliche Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

• **Versicherungs-Ombudsmann**

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben

Die Ihnen für den Abschluss Ihres Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen haben eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben.
Sofern in den Informationen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, gelten sie für eine Dauer von vier Wochen nach Veröffentlichung.

Bindefrist

Sie sind an **Ihren Antrag** auf Abschluss des Versicherungsvertrags **einen Monat gebunden.**

Zustandekommen des Vertrages

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

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich , sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Sofern bestimmte Wartezeiten bestehen, sind diese in dem jeweiligen Produktinformationsblatt enthalten.

Vorläufige Deckung

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

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 **Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise**

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 ausgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beiträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 **Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen**

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;

11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Weitere wichtige Hinweise für den Fall eines Widerrufs

Das Widerrufsrecht besteht gemäß § 8 Absatz 3 VVG nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Widerrufen Sie Ihren Änderungsantrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Laufzeit, Mindestlaufzeit

Zu Laufzeit und Beendigung des Vertrags verweisen wir auf die Hinweise im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

Beendigung des Vertrages

Einzelheiten entnehmen Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland; das gilt sowohl für die Aufnahme der Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages als auch für den Versicherungsvertrag selbst. Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Amts- bzw. Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Vertragssprache

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

Zahlweise

- **Erstbeitrag**

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

- **Folgebeitrag**

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

- **SEPA-Lastschrift-Mandat:**

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

- **Zahlweise**

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

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Unfall und Unfallfolgen, z. B.				
Erfrieren	• nur als Folge eines Unfallereignisses	• nur als Folge eines Unfallereignisses	• nur als Folge eines Unfallereignisses **Invalidität Zusatzschutz:** auch ohne Unfallereignis als Auslöser	**A.1.3.1 GUB 2018 für Invalidität Zusatzschutz: A.1.3.2 GUB 2018**
Sonnenbrände und Sonnenstiche	• nur als Folge eines Unfallereignisses	• nur als Folge eines Unfallereignisses	• nur als Folge eines Unfallereignisses **Invalidität Zusatzschutz:** auch ohne Unfallereignis als Auslöser	**A.1.3.1 GUB 2018 für Invalidität Zusatzschutz: A.1.3.2 GUB 2018**
Erstickungstod	•	•	•	**A.1.3 und A.1.4.3**
Ertrinkungstod	•	•	•	**A.1.3 und A.1.4.3**
unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungsmittel-, Sauerstoffentzug	•	•	•	**A.1.3**
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	•	•	•	**A.4.2.2**
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	•	•	•	**A.1.3**
Krieg, innere Unruhen				
Passives Kriegsrisiko - Vorsorgedeckung	• 7 Tage inkl. Terroranschläge, die in Staaten ohne Kriegshandlungen verübt werden, aber in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg/Bürgerkrieg stehen	• 14 Tage inkl. Terroranschläge, die in Staaten ohne Kriegshandlungen verübt werden, aber in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg/Bürgerkrieg stehen	• 21 Tage inkl. Terroranschläge, die in Staaten ohne Kriegshandlungen verübt werden, aber in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg/Bürgerkrieg stehen	**A.4.1.3**
Innere Unruhen	•	•	•	**A.4.1.2**
Luftfahrtrisiken				
Führen von Luftfahrzeugen als Flugschüler (nicht als Pilot)	•	•	•	**A.4.1.4**
Passive Teilnahme an einem Tandemsprung beim Fallschirmspringen	•	•	•	**A.4.1.4**
Als Fluggast von Luftfahrzeugen ohne Motor, Motorseglern und Ultraleichtflugzeugen	•	•	•	**A.4.1.4**
Als Fluggast bei Reise- und Rundflügen in einem Propeller-, Strahlenflugzeug o. einem Hubschrauber	•	•	•	**A.4.1.4**
Aktives Luftfahrtrisiko	O	O	O	**A.7.9**
Rennrisiken	–	–	–	**A.4.1.5**
Jedoch Fahrten zur Erzielung einer Durchschnittgeschwindigkeit wie z. B. Ballonverfolgungsfahrten, Orientierungsfahrten	• inkl. Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit GoKarts	• inkl. Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit GoKarts	• inkl. Fahrtveranstaltungen und Übungsfahrten mit GoKarts	**A.4.1.5**
Infektionen				
Infektionskrankheiten	• sofern Erreger durch Beschädigung der Haut oder Einspritzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind	• sofern Erreger durch Beschädigung der Haut oder Einspritzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind	• sofern Erreger durch Beschädigung der Haut oder Einspritzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind	**A.1.4.4**
Wundstarrkrampf und Tollwut	•	•	•	**A.1.4.4**
Infektion durch Impfung gegen Insektenstichkrankheiten	•	•	•	**A.1.4.4**
Infektion durch Impfung gegen Infektionskrankheiten	•	•	•	**A.1.4.4**
Infektion durch geringfügige Hautverletzung	•	•	•	**A.1.4.4**

• = Versichert O = versicherbar (ggfls. über Klausel) – = Nicht versichert

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Allergische Reaktionen	–	–	● als Folge eines Insektenstiches oder anderen Haut- bzw. Schleimhautverletzungen	**A.1.4.4.2**
Bewußtseinsstörungen				
Durch Alkohol	● Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,1 o/oo	● Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,1 o/oo	● Beim Lenken eines KFZ bis unter 1,1 o/oo	**A.4.1.1**
Übermüdung	●	●	●	**A.4.1.1**
Durch Medikamente	nicht versichert **O** ab Vollendung des 67. Lebensjahres über CuraPlus	● bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, danach nur über CuraPlus	● bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, danach nur über CuraPlus	**A.4.1.1.1 oder A.7.6.1 (= Baustein CuraPlus)**
Durch Schlaganfall oder Herzinfarkt	nicht versichert **O** ab Vollendung des 67. Lebensjahres über CuraPlus	● bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, danach nur über CuraPlus	● bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, danach nur über CuraPlus	**A.4.1.1.2 oder A.7.6.1 (= Baustein CuraPlus)**
Durch epileptische Anfälle/ Krampfanfälle	–	●	●	**A.4.1.1.2**
Durch Herz- und Kreislaufstörungen	–	–	**O Invalidität Zusatzschutz**	**A.4.1.1.3**
Erweiterung des Unfallbegriffs				
Krebserkrankung	–	–	–	
Eigenbewegung	nicht versichert **O** ab Vollendung des 67. Lebensjahres über CuraPlus	nicht versichert ab Vollendung des 67. Lebensjahres über CuraPlus	● bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres, danach nur über CuraPlus	**A.1.4.1.2 oder A.7.6.1 (= Baustein CuraPlus)**
Infektionen ohne Beschädigung der Haut oder Einspritzen in Auge, Mund oder Nase	–	● für eine abschließende Aufzählung definierter Infektionskrankheiten	● für eine abschließende Aufzählung definierter Infektionskrankheiten	**A.1.4.4.1**
Erhöhte Kraftanstrengung				
Gliedmaßen und Wirbelsäule	● Verrenkung von Gelenken Zerrrung/Reißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln	● Verrenkung von Gelenken Zerrrung/Reißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln	● Verrenkung von Gelenken Zerrrung/Reißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln	**A.1.4.1**
Bauch-/Unterleibsbrüche	–	●	●	**A.1.4.1.1**
Knochenbrüche	–	–	● Im Rahmen der Eigenbewegung!	**A.1.4.1.2**
Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen	● auch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	● auch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	● auch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	**A.1.4.5**
Tauchschäden	●	●	●	**A.1.4.3**
Psychische u. nervöse Störungen infolge Unfall	–	–	● sofern durch eine unfallbedingte organische Verletzung des Nervensystems oder neu entstandene Epilepsie bedingt	**A.4.2.1.1**
Vergiftungen				
Gase/ Dämpfe	● Einwirkung über mehrere Stunden ohne Berufs-Gewerbekrankheiten	● Einwirkung über mehrere Stunden ohne Berufs-Gewerbekrankheiten	● Einwirkung über mehrere Stunden ohne Berufs-Gewerbekrankheiten	**A.1.4.2**
Vergiftungen durch Verwechslung mit Nahrungsmitteln	–	●	●	**A.1.4.6.1**
Nahrungsmittelvergiftung	●	●	●	**A.1.4.6**
Vergiftung bei Kindern infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	● durch Einnahme von festen/ flüssigen Stoffen durch den Schlund bis zum 14. Lebensjahr	●	●	**A.1.4.6**

● = Versichert **O** = versicherbar (ggfls. über Klausel) – = Nicht versichert

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Vergiftung bei Erwachsenen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	–	•	•	**A.1.4.6.2**
Invalidität				
Fristen Invalidität				
Eintritt der Invalidität	innerhalb von 15 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	innerhalb von 18 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	innerhalb von 21 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	**A.2.1.1.2 bzw. A.1.4.4 (bei Infektionen)**
Feststellung der Invalidität	innerhalb von 21 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	innerhalb von 24 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	innerhalb von 27 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren	**A.2.1.1.2 bzw. A.1.4.4 (bei Infektionen)**
Geltendmachung der Invalidität	innerhalb von 21 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren und 3 Monaten	innerhalb von 24 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren und 3 Monaten	innerhalb von 27 Monaten bei Infektionen innerhalb von 3 Jahren und 3 Monaten	**A.2.1.1.3 bzw. A.1.4.4 (bei Infektionen)**
Neubemessung der Invalidität	VN und VR: bis 3 Jahre nach Unfalleintritt bei Infektionen bis 4 Jahre nach ärztl. Feststellung	VN und VR: bis 3 Jahre nach Unfalleintritt bei Infektionen bis 4 Jahre nach ärztl. Feststellung	VN und VR: bis 3 Jahre nach Unfalleintritt bei Infektionen bis 4 Jahre nach ärztl. Feststellung	**B.5.5 bzw. A.1.4.4 (bei Infektionen)**
Keine Invaliditätsleistung bei unfallbedingtem Tod	12 Monate	12 Monate	12 Monate	**A.2.1.1.4**
Mitwirkungsanteil	**40%**	**45%**	**50%** **Invalidität Zusatzschutz: 100%**	**A.5**
Progression	**O** 350%, 600%	**O** 350%, 600%	**O** 350%, 600%	**A.7.1.1 bzw. A.7.1.2**
Gliedertaxe: Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit				
Verbesserte Gliedertaxe	•	•	•	**A.2.1.2.2.1**
Todesfallleistung				
Todesfallleistung bei Verschollenheit	•	•	•	**A.2.5.1**
Totgeburt	–	**Bis 5.000 EUR** sofern die Totgeburt Unfallfolge einer versicherten Person ist	**Bis 5.000 EUR** sofern die Totgeburt Unfallfolge einer versicherten Person ist	**A.2.22**
Fristen Todesfall				
Ableben infolge Unfall	innerhalb von 12 Monaten	innerhalb von 12 Monaten	innerhalb von 12 Monaten	**A.2.5.1**
Geltendmachung	innerhalb von 7 Tagen nach Kenntnis vom Unfalltod	innerhalb von 14 Tagen nach Kenntnis vom Unfalltod	innerhalb von 14 Tagen nach Kenntnis vom Unfalltod	**B.3.5**
Unfall-Invaliditätsrente	**O** ab 50% Invalidität	**O** ab 50% Invalidität	**O** ab 50% Invalidität	
Leistung bei unfallbedingtem Tod	innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall: keine Rentenleistung danach: bis zum Ablauf des Monats, in dem die VP verstorben ist	innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall: keine Rentenleistung danach: bis zum Ablauf des Monats, in dem die VP verstorben ist	innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall: keine Rentenleistung danach: bis zum Ablauf des Monats, in dem die VP verstorben ist	**A.7.2.1 (Unfall-Invaliditätsrente lebenslang) bzw. A.7.2.2 (Unfall-Invaliditätsrente bis 67)**
Leistung bei Tod aus unfallfremder Ursache	fünfjährige Rentengarantielaufzeit: (ab Entstehen der Leistungspflicht)	fünfjährige Rentengarantielaufzeit: (ab Entstehen der Leistungspflicht)	fünfjährige Rentengarantielaufzeit: (ab Entstehen der Leistungspflicht)	**A.7.2.1 (Unfall-Invaliditätsrente lebenslang) bzw. A.7.2.2 (Unfall-Invaliditätsrente bis 67)**
Tagegelder				
Krankenhaustagegeld	**O** bis 2 Jahre über das 2. Jahr hinaus, wenn Osteosynthesematerial entfernt wird	**O** bis 3 Jahre über das 3. Jahr hinaus, wenn Osteosynthesematerial entfernt wird	**O** bis 3 Jahre über das 3. Jahr hinaus, wenn Osteosynthesematerial entfernt wird	**A.2.3.2 (bei Gothaer Unfall Basis) bzw. A.2.3.2.1 (bei Gothaer Unfall Plus und Gothaer Unfall Premium)**
KHT bei ambulanter OP	KHT für 3 Tage	KHT für 3 Tage	KHT für 3 Tage	**A.2.3.2**
Doppeltes KHT im Ausland	–	• max. für 21 Tage	• max. für 21 Tage	**A.2.3.2.2**
KHT in gemischten Instituten bei Notfalleinweisung	•	•	•	**A.2.3.1**
KHT im Sanatorium im Anschluss an KH-Aufenthalt (Anschlussheilbehandlung)	• sofern innerhalb von 21 Tagen an den KH-Aufenthalt anschließend	• sofern innerhalb von 21 Tagen an den KH-Aufenthalt anschließend	• sofern innerhalb von 21 Tagen an den KH-Aufenthalt anschließend	**A.2.3.1**

• = Versichert **O** = versicherbar (ggfls. über Klausel) – = Nicht versichert

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Genesungsgeld	O 1. - 100. Tag 100%	O 1. - 500. Tag 100%	O 1. - 500. Tag 100 %	**A.2.4.2**
Tagegeld	O für die Dauer der ärztl. Behandlung, max. für 1 Jahr vom Unfalltag	O für die Dauer der ärztl. Behandlung, max. für 1 Jahr vom Unfalltag	O für die Dauer der ärztl. Behandlung, max. für 1 Jahr vom Unfalltag	**A.2.2**
TG Pflichtgefühl	●	●	●	**A.2.2.1**
Koma-/Pflegegeld	–	20 EUR pro Tag, max. 30 Tage	20 EUR pro Tag, max. 30 Tage	**A.2.16**
Gipsgeld	–	KHT für 3 Tage	KHT für 3 Tage	**A.2.3.1.1**
Haushaltshilfe	–	50 Euro / Tag, max. 1.000 Euro sofern unterhaltsberechtigtes Kind unter 15 Jahren zu versorgen ist	50 Euro / Tag, max. 2.500 Euro sofern unterhaltsberechtigtes Kind unter 15 Jahren zu versorgen ist	**A.2.18**
Übernahme von Kosten				
Bergungskosten	**Bis 15.000 EUR**	**Bis 25.000 EUR**	**Bis 50.000 EUR**	**A.2.6**
Kosten für Dekompressionskammer bei tauchtypischen Gesundheitsschäden	–	**Bis 15.000 EUR**	**Bis 15.000 EUR**	**A.1.4.3.1**
Kosmetische Operationen	**Bis 15.000 EUR**	**Bis 25.000 EUR**	**Bis 50.000 EUR**	**A.2.7**
Krebsbedingte Brust-OP	–	–	**Bis 5.000 EUR** im Rahmen der VSu für kosmetische Operationen Wartezeit: 3 Monate bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres	**A.2.8**
Zahnersatz				
Natürliche Zähne	**Bis 15.000 EUR** im Rahmen der VSu für kosmetische Operationen nur Schneide-/Eckzähne	**Bis 25.000 EUR** im Rahmen der VSu für kosmetische Operationen nur Schneide-/Eckzähne	**Bis 50.000 EUR** im Rahmen der VSu für kosmetische Operationen Schneide-, Eck- und Backenzähne.	**A.2.9 (bei Schneide- und Eckzähnen) bzw. A.2.10 (bei Backenzähnen)**
Zerstörung von Zahnersatz (z. B. Brücke, Krone, Stiftzähne, Gebiss, Zahnimplantat)	–	–	**Bis 2.500 EUR** im Rahmen der VSu für kosmetische Operationen	**A.2.11**
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	–	**Bis 10.000 EUR** sofern der Invaliditätsgrad mindestens 50% beträgt	**Bis 10.000 EUR** sofern der Invaliditätsgrad mindestens 50% beträgt	**A.2.19**
Umbau der Wohnung	–	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19**
Umzugskosten	–	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19**
Umbau des Kfz	–	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19**
Medizinische Hilfsmittel/ Prothesen	–	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19**
Umschulungsmaßnahmen	–	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	● im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19**
Anschaffung oder Umbau von Geräten für Sport- und Freizeitaktivitäten	–	–	O **Invalidität Zusatzschutz:** im Rahmen der VSu für behinderungsbedingte Mehraufwendungen	**A.2.19.1**

● = Versichert O = versicherbar (ggfls. über Klausel) – = Nicht versichert

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Psychologische Soforthilfe/Betreuung	–	● nach räuberischem Überfall oder Geiselnahme Kosten für die ersten 10 Sitzungen	● nach räuberischem Überfall oder Geiselnahme Kosten für die ersten 10 Sitzungen	**A.2.20**
Reha-Beihilfe				
Reha-Beihilfe	–	**Bis 1.000 EUR** sofern für mindestens 3 Wochen (zusammenhängender Zeitraum) eine stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt wurde	**Bis 1.000 EUR** sofern für mindestens 3 Wochen (zusammenhängender Zeitraum) eine stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt wurde	**A.2.17**
Kinderunfallversicherung				
Rooming-In	1. bis 10. Übernachtung: je 30 EUR ab der 11. Übernachtung: je 15 EUR nur bei Unfall des Kindes vor Vollendung des 12. Lebensjahres	1. bis 10. Übernachtung: je 30 EUR ab der 11. Übernachtung: je 15 EUR nur bei Unfall des Kindes vor Vollendung des 12. Lebensjahres	1. bis 10. Übernachtung: je 30 EUR ab der 11. Übernachtung: je 15 EUR nur bei Unfall des Kindes vor Vollendung des 12. Lebensjahres	**A.3.3**
Extra Todesfallleistung für Vollwaisen	● doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfallsumme, max. jedoch 50.000 EUR zusätzlich je Elternteil	● doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfallsumme, max. jedoch 50.000 EUR zusätzlich je Elternteil	● doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfallsumme, max. jedoch 50.000 EUR zusätzlich je Elternteil	**A.3.5**
Vollwaisenrente	–	O **Bis 1.000 EUR Kinder Zusatzschutz** Rente pro Monat bis zur auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgende Hauptfälligkeit sofern beide oder der zuletzt verbliebene Elternteil durch einen Unfall zu Tode kamen	O **Bis 1.000 EUR Kinder Zusatzschutz** Rente pro Monat bis zur auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgende Hauptfälligkeit sofern beide oder der zuletzt verbliebene Elternteil durch einen Unfall zu Tode kamen	**A.2.14**
Betreuungsrente	–	O **Bis 1.000 EUR Kinder Zusatzschutz** Rente je Monat, max. 6 Monate bei Unfall des versicherten Kindes oder einer versicherten Erziehungsperson mit mind. vierwöchiger Arbeits-/Leistungsunfähigkeit	O **Bis 1.000 EUR Kinder Zusatzschutz** Rente je Monat, max. 6 Monate bei Unfall des versicherten Kindes oder einer versicherten Erziehungsperson mit mind. vierwöchiger Arbeits-/Leistungsunfähigkeit	**A.2.13**
Unerlaubtes Fahren eines PKW (Minderjährige)	–	O **Kinder Zusatzschutz**	O **Kinder Zusatzschutz**	**A.4.1.2.1**
Unfälle Minderjähriger beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern	–	O **Kinder Zusatzschutz**	O **Kinder Zusatzschutz**	**A.4.1.2.2**
Nachhilfegeld für Kinder unter 18/ Schulausfallgeld	–	**Bis 30 EUR** pro Tag, max. 50 Schultage	**Bis 50 EUR** pro Tag, max. 50 Schultage	**A.2.15**
Zahnspangenersatz	–	O **Bis 2.500 EUR Kinder Zusatzschutz** Operationen sofern bei einem Unfall Zähne oder Lippen gemeinsam mit der Zahnspange geschädigt wurden	O **Bis 2.500 EUR Kinder Zusatzschutz** Operationen sofern bei einem Unfall Zähne oder Lippen gemeinsam mit der Zahnspange geschädigt wurden	**A.2.12**
Vorausleistungen				
Vorschuss bei schwerwiegender Verletzung				
Vorschussleistung	**20 %** der zu erwartenden Invaliditätsleistung, bei akuter Lebensgefahr max. Todesfalleistung	**30 %** der zu erwartenden Invaliditätsleistung, bei akuter Lebensgefahr max. Todesfalleistung	**40 %** der zu erwartenden Invaliditätsleistung, bei akuter Lebensgefahr max. Todesfalleistung	**B.5.4**
Voraussetzung für den Vorschuss	mind. 40% zu erwartender Invaliditätsgrad	mind. 40% zu erwartender Invaliditätsgrad	mind. 40% zu erwartender Invaliditätsgrad	**B.5.4**

● = Versichert **O** = versicherbar (ggfls. über Klausel) **–** = Nicht versichert

Leistungen der Gothaer Unfall-Versicherung im Überblick	Gothaer Unfall Basis GUB 2018	Gothaer Unfall Plus GUB 2018	Gothaer Unfall Premium GUB 2018	Fundstelle in den GUB 2018
Vorsorge/Sonderleistungen im Versicherungsfall				
Rehamanagement	–	•	•	**A.2.21**
Einschluss von Neugeborenen	**Bis 30.000 EUR** Invaliditätssumme, 5.000 EUR Todesfallsumme bis zur nächsten Stammfälligkeit. Auch Adoptivkinder, Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner	**Bis 30.000 EUR** Invaliditätssumme, 5.000 EUR Todesfallsumme bis zur nächsten Stammfälligkeit. Auch Adoptivkinder, Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner	**Bis 30.000 EUR** Invaliditätssumme, 5.000 EUR Todesfallsumme bis zur nächsten Stammfälligkeit. Auch Adoptivkinder, Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner	**A.3.2**
Weiterführung bei Tod des VN/ mitversicherten Lebenspartners	• bis zur nächsten Hauptfälligkeit	• bis zur nächsten Hauptfälligkeit	• bis zur nächsten Hauptfälligkeit	**A.3.1**
Enkelvorsorge	O CuraPlus für VP ab Vollendung des 67. Lebensjahres: Unfall von Enkeln in der Obhut der Großeltern 50.000 EUR Invaliditäts- und 5.000 EUR Todesfallleistung	O CuraPlus für VP ab Vollendung des 67. Lebensjahres: Unfall von Enkeln in der Obhut der Großeltern 50.000 EUR Invaliditäts- und 5.000 EUR Todesfallleistung	O CuraPlus für VP ab Vollendung des 67. Lebensjahres: Unfall von Enkeln in der Obhut der Großeltern 50.000 EUR Invaliditäts- und 5.000 EUR Todesfallleistung	**A.7.6.1**
Weiterführung der Kinder-unfallvers. bei Tod des VN	• bis zum Ende des Versicherungs-jahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet	• bis zum Ende des Versicherungs-jahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet	• bis zum Ende des Versicherungs-jahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet	**A.3.4**
Helmklausel	**Bis 1.000 EUR** zusätzliche Invaliditätsleistung bei Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades, sofern bei definierten Sportarten ein geeigneter Helm getragen wurde	**Bis 2.500 EUR** zusätzliche Invaliditätsleistung bei Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades, sofern bei definierten Sportarten ein geeigneter Helm getragen wurde	**Bis 10.000 EUR** zusätzliche Invaliditätsleistung bei Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades, sofern bei definierten Sportarten ein geeigneter Helm getragen wurde	**A.3.6**
Versicherungsschutz für Lebensretter	**Bis 25.000 EUR** für Invalidität und Unfalltod	**Bis 25.000 EUR** für Invalidität und Unfalltod	**Bis 25.000 EUR** für Invalidität und Unfalltod	**A.3.7**
Erholungsleistung	–	**Bis 500 EUR** bei mehr als 6-wöchiger all-gemeiner Leistungsunfähigkeit	**Bis 500 EUR** bei mehr als 6-wöchiger all-gemeiner Leistungsunfähigkeit	**A.2.23**
Obliegenheiten				
Berufsänderung				
Kurzfristige Sondergefahren	•	•	•	**B.1.4**
Verzicht auf automatische Sum-menreduzierung bei Nichtanzeige	•	•	•	**B.1.3**
Geringfügigkeit von Verletzungen	•	•	•	**B.3.1**

• = Versichert **O** = versicherbar (ggfls. über Klausel) – = Nicht versichert

Die Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018)

Teil A	Der Leistungsumfang	Seite
A.1	Was ist versichert?	16
A.2	Welche Leistungsarten können versichert werden?	19
A.2.1	Invaliditäts-Leistung	19
A.2.2	Tagegeld	22
A.2.3	Krankenhaus-Tagegeld	22
A.2.4	Genesungsgeld	23
A.2.5	Todesfall-Leistung	24
A.2.6	Bergungskosten	24
A.2.7	Kosten für kosmetische Operationen	24
A.2.8	Kosten für kosmetische Operationen nach krebsbedingten Brustamputationen	25
A.2.9	Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall	25
A.2.10	Kosten der Zahnbehandlung für Backenzähne	26
A.2.11	Zerstörung von Zahnersatz	26
A.2.12	Beschädigung von Zahnspangen	26
A.2.13	Betreuungsrente	27
A.2.14	Vollwaisenrente	27
A.2.15	Nachhilfeunterricht	27
A.2.16	Komageld	27
A.2.17	Reha-Beihilfe	27
A.2.18	Haushaltshilfe-Geld	28
A.2.19	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	28
A.2.20	Psychologische Soforthilfe nach räuberischem Überfall / Geiselnahme	29
A.2.21	Rehamanagement	29
A.2.22	Versicherungs-Schutz für das ungeborene Leben	31
A.2.23	Erholungsgeld	31
A.3	Generell ohne Mehrbeitrag versicherte Leistungen	32
A.3.1	Versorgung des Partners	32
A.3.2	Beitragsfreie Mitversicherung weiterer Personen	32
A.3.3	Rooming-in	32
A.3.4	Kinder-Unfall-Versicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers	32
A.3.5	Doppelte Todesfall-Leistung bei Vollwaisen	32
A.3.6	Helmklausel	32
A.3.7	Lebensretter-Unfall-Versicherung	33
A.4	Was ist nicht versichert?	33
A.4.1	Ausgeschlossene Unfälle	33
A.4.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	35
A.5	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	36
A.5.1	Krankheiten und Gebrechen	36
A.5.2	Mitwirkung	37
A.6	Nicht versicherbare Personen	37
A.7	Besondere und Zusatzbedingungen	37
A.7.1	Die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel	37
A.7.1.1	Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel 350 % (Nr. 62)	37
A.7.1.2	Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel 600 % (Nr. 82)	38
A.7.2	Die Invaliditäts-Renten	38
A.7.2.1	Besondere Bedingungen für die lebenslange Invaliditäts-Rente (Nr. 96)	38
A.7.2.2	Besondere Bedingungen für die Invaliditäts-Rente bis 67 (Nr. 105)	39
A.7.3	Die Gothaer UnfallrentePlus	39
A.7.3.1	Besondere Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)	39
A.7.3.2	Besondere Bedingungen für die garantierte Rentensteigerung bei der Gothaer UnfallrentePlus – Leistungsdynamik (Nr. 104)	53
A.7.3.3.	Besondere Bedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung (Nr. 112)	
A.7.4	Erweiterungen für Ärzte der Humanmedizin, für Zahnärzte, für Masseure, für Krankengymnasten und Physiotherapeuten	53
A.7.4.1	Besondere Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin – UIVGT (Nr. 72)	53
A.7.5	Das Tagegeld Spezial	53
A.7.5.1	Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial (Nr. 69)	53

A.7.6	Die Hilfs- und Pflegeleistungen	53
A.7.6.1	Besondere Versicherungsbedingungen für den Baustein CuraPlus (Nr. 95)	53
A.7.7	Besonderheiten zur Senioren-Unfall-Versicherung	57
A.7.7.1	Besondere Bedingungen für die Integralfranchise zur Senioren-Unfall-Versicherung (Nr. 98)	57
A.7.8	Die Summendynamik	57
A.7.8.1	Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung (5 oder 10 %) von Leistung und Beitrag – Summendynamik (Nr. 99)	58
A.7.9	Erweiterter Versicherungs-Schutz für das aktive Luftfahrtrisiko	58
A.7.9.1	Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfall-Versicherung von privaten Führern von Luftfahrzeugen (Nr. 106)	58
A.7.9.2	Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfall-Versicherung von beruflich an Bord eines Luftfahrzeugs tätigen Personen (Nr. 107)	58

Teil B	Der allgemeine Teil	Seite
B.1	Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	59
B.2	Was gilt bei militärischen Einsätzen und freiwilligem Wehrdienst bzw. militärischen Reserveübungen und befristeten freiwilligen sozialen Diensten ?	60
B.3	Was müssen sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?	60
B.4	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	61
B.5	Wann sind die Leistungen fällig?	61
B.6	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	62
B.7	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	63
B.7.1	Beitrag und Versicherungsteuer	63
B.7.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster oder einmaliger Beitrag	63
B.7.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	63
B.7.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	64
B.7.5	Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	64
B.7.6	Beitrag bei vorzeitiger Vertrags-Beendigung	64
B.8	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	65
B.9	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	66
B.10	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	66
B.11	Welches Recht findet Anwendung und wo sind die Gerichtsstände?	66
B.12	Welche weiteren Bestimmungen müssen Sie beachten?	66
B.13	Wie erfolgt die Umstellung des Vertrags auf den Seniorentarif?	67

Teil A – Der Leistungsumfang

A.1
Was ist versichert?

Der Versicherungsschutz ist abhängig von den mit uns vereinbarten Leistungsarten, von der jeweils hierzu mit uns vereinbarten Versicherungssumme, der mit uns vereinbarten Produktlinie und von dem mit uns evtl. vereinbarten Kinder Zusatzschutz oder Invalidität Zusatzschutz. Welche der Produktlinien Basis, Plus oder Premium Sie mit uns vereinbart haben, können Sie, ebenso wie die Leistungsarten und die Versicherungssummen sowie den evtl. mit uns vereinbarten Kinder Zusatzschutz oder Invalidität Zusatzschutz, dem Versicherungsschein entnehmen. Die Produktlinie Plus ist dort auch an der Besonderen und Zusatzbedingung Nr. 108 zu erkennen, die Produktlinie Premium an der Nr. 109. Der Kinder Zusatzschutz ist im Versicherungsschein an der Besonderen und Zusatzbedingung Nr. 110 zu erkennen, der Invalidität Zusatzschutz an der Nr. 111.
Hinweis:
Der Kinder Zusatzschutz (Nr. 110) entfällt zum Ende des Versicherungsjahrs, welches auf den 18. Geburtstag des versicherten Kindes folgt. Der Invalidität Zusatzschutz (Nr. 111) entfällt zum Ende des Versicherungsjahrs, welches auf den 67. Geburtstag der versicherten Person folgt.

A.1.1
Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungs-Schutz bei Unfällen der versicherten Person.

A.1.2
Wo und wann gilt der Versicherungs-Schutz?

Versicherungs-Schutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr

A.1.3
Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

- plötzlich
- von außen
- auf ihren Körper
- wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Schädigung ihrer Gesundheit

erleidet.

Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.
Schädigungen der Gesundheit der versicherten Person

- bei der rechtmäßigen Verteidigung oder
- der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Schutz dieser Versicherung.

Ferner gelten ein

- Flüssigkeitsentzug und/oder
- Nahrungsmittelentzug und/oder
- Sauerstoffentzug

als Folge eines Unfalls als vom Schutz dieser Versicherung erfasst.

A.1.3.1 **Erfrierungen, Sonnenbrände, Sonnenstiche als Folge eines Unfalls**
Auch

- Erfrierungen oder
- Sonnenbrände oder
- Sonnenstiche

als Folge eines Unfalls, sind vom Schutz dieser Versicherung erfasst.

A.1.3.2 **Erfrierungen, Sonnenbrände, Sonnenstiche ohne Unfall**
Auch

- Erfrierungen oder
- Sonnenbrände oder
- Sonnenstiche

die ohne Unfallereignis, aber unfreiwillig entstehen, sind vom Schutz dieser Versicherung erfasst.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Invalidität Zusatzschutz	versichert

A.1.4
Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?

A.1.4.1 **Erhöhte Kraftanstrengung**
Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine **erhöhte Kraftanstrengung**

- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt,

Hierzu ein Beispiel:

Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt.

  Hierzu ein Beispiel:
  Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Meniskus- und Bandscheibenschäden sind deshalb von dieser Regelung nicht erfasst.
Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

A.1.4.1.1 Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine **erhöhte Kraftanstrengung** der versicherten Person

- Bauch- und Unterleibsbrüche verursacht werden oder
- aufgrund von Vorwölbungen von Bauchorganen (z. B. Darm oder Darmnetz) bisher unerkannte Bauch- und Unterleibsbrüche erstmalig manifest werden.

Eine ggf. vorher bestehende, angeborene oder erworbene Schwächung der Bauchwand oder Erweiterung des Leistenkanals wird nicht im Sinne der Ziffer A.5 GUB 2018 „Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen“, nach der die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, angerechnet.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.1.2 Eigenbewegungen

Für Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt:

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

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

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.2 Schädigung der Gesundheit durch die Einwirkungen ausströmender Gase und Dämpfe

Bei Schädigung der Gesundheit durch die Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn besondere Umstände die versicherte Person dazu zwangen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang auszusetzen. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch durch die gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu Stande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbe-Krankheiten).

A.1.4.3 Mitversicherung tauchtypischer Gesundheitsschäden

Der Schutz dieser Versicherung erstreckt sich auch auf tauchtypische Schädigungen der Gesundheit

- wie z. B. die Caissonkrankheit oder
- eine Verletzung des Trommelfells,

ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungs- und Erfrierungstod unter Wasser.

A.1.4.3.1 Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressions-Kammer

Hat die versicherte Person während eines Tauchvorgangs eine tauchtypische Schädigung der Gesundheit erlitten, so übernehmen wir die Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressions-Kammer bis zu einer Höhe von 15.000 Euro.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer) eintritt, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Diese Leistung nimmt nicht an einem gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag teil.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfall-Versicherungen, so zahlen wir diese Kosten nur aus einer der Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.4 Große Infektionsklausel

Der Versicherungs-Schutz erstreckt sich auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheits-Erreger durch eine Beschädigung der Haut oder der Schleimhaut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper der versicherten Person gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Die äußere Hautschicht wird z. B. durch einen Zeckenstich durchtrennt. Die durch Zeckenstich verursachten Infektionen wie Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis) fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungs-Schutz.

Es fallen auch folgende Infektions-Krankheiten unter den Versicherungs-Schutz, bei denen die Krankheits-Erreger ebenfalls durch eine Durchtrennung mindestens der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:

- Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird.
- Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird.
- Schlafkrankheit, wird durch den Stich der Tsetsefliege übertragen.
- Tetanus (Wundstarrkrampf), der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.
- Tollwut, die durch den Biss eines Tieres übertragen wird.
- Tularämie (Hasenpest), wird durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Hunden und Katzen übertragen.

Die vorgenannte Aufzählung von Infektions-Krankheiten, die dadurch entstehen, dass die Krankheits-Erreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind, ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Mitversichert sind auch durch Schutzimpfungen gegen Infektions-Krankheiten hervorgerufene Infektionen (Impfschäden). Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Krankheits-Erreger und der Voraussetzung für eine Leistung ist von Ihnen durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Abweichend von Ziffer B.3.1 GUB 2018 reicht es aus, wenn Sie den Versicherer unverzüglich unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von Ziffer A.2.1.1.2 GUB 2018 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditäts-Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht worden ist.

Abweichend von Ziffer B.5.5 sind Sie und wir berechtigt, längstens bis zu 4 Jahre nach der ärztlichen Feststellung der erstmaligen Infektion, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bleibt es auch hierbei bei einer Frist von 5 Jahren.

A.1.4.4.1 Versicherung bestimmter Infektions-Krankheiten (IMMUN-Klausel)

Versichert sind auch folgende Infektions-Krankheiten, ohne dass hier die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen:

Brucellose (Maltafieber), Cholera, Diphterie, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hirnhaut-Entzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pest, Röteln.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.4.2 Allergische Reaktionen

Mitversichert sind auch die nicht infektionsbedingten Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

Die Ziffer A.5 GUB 2018 „Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen“, nach der die Leistung um den Mitwirkungsanteil gekürzt werden kann, wird hier **nicht** angewendet.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.5 Strahlenschäden

Schädigungen der Gesundheit durch Röntgen- oder Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Schädigungen der Gesundheit durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungs-Schutz, soweit sich diese Schädigungen der Gesundheit als Unfälle im Sinne der GUB 2018 darstellen.

Vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Schädigungen der Gesundheit, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind.

Ferner bleiben vom Versicherungs-Schutz Schädigungen der Gesundheit durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen (Siehe Ziffer A.4.2.5 GUB 2018).

A.1.4.6 Lebensmittel-Vergiftungen

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

Mitversichert sind ebenfalls Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Auf die Ziffer A.4.2.4 GUB 2018 weisen wir hin.

A.1.4.6.1 Vergiftungen aufgrund der Verwechslung mit Nahrungsmitteln

Führt die versehentliche Einnahme von Stoffen, die für einen Menschen schädlich sind, zu einer Vergiftung der versicherten Person, weil diese die Stoffe irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten hat, so fällt die Vergiftung unter den Versicherungs-Schutz.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.1.4.6.2 Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Unter den Versicherungs-Schutz fallen auch Vergiftungen der versicherten Person durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen bleiben allerdings Vergiftungen durch Alkohol und durch illegale Drogen bei versicherten Personen, die das 14. Lebensjahr bereits vollendet haben.

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	versichert bei Personen unter 14 Jahren
Gothaer Unfall Plus	versichert ohne Altersbeschränkung
Gothaer Unfall Premium	versichert ohne Altersbeschränkung

A.1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Schädigung der Gesundheit können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie deshalb die Regelungen über die Ausschlüsse vom Versicherungs-Schutz (Ziffer A.4), über die Einschränkung der Leistungen bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen (Ziffer A.5) sowie über die nicht versicherbaren Personen (Ziffer A.6).

A.2 Welche Leistungsarten können Sie vereinbaren? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungs-Summen, die Sie mit uns vereinbart haben. Diese sind in Ihrem Versicherungs-Schein und dessen Nachträgen genannt. Zusätzliche Leistungen, die Sie unter Ziffer A.3 finden, sind generell mitversichert.

A.2.1 Invaliditäts-Leistung

A.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

A.2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.
Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Hierzu ein Beispiel:
*Eine Beeinträchtigung ist **nicht** dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.*

A.2.1.1.2 Eintrittsfrist und ärztliche Feststellung

Die Invalidität ist

- innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall eingetreten (Eintrittsfrist) und
- innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt (Ärztliche Feststellung) worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so besteht kein Anspruch auf eine Invaliditäts-Leistung.

Produktlinie	Eintrittsfrist	Ärztliche Feststellung
Gothaer Unfall Basis	15 Monate	21 Monate
Gothaer Unfall Plus	18 Monate	24 Monate
Gothaer Unfall Premium	21 Monate	27 Monate

A.2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb der zur jeweils vereinbarten Produktlinie geltenden Frist nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditäts-Leistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen kann das Versäumen der Frist entschuldigt werden.

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	21 Monate
Gothaer Unfall Plus	24 Monate
Gothaer Unfall Premium	27 Monate

A.2.1.1.4 Keine Invaliditäts-Leistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditäts-Leistung.

In einem solchen Fall zahlen wir eine mitversicherte Todesfall-Leistung (Ziffer A.2.5).

A.2.1.2 Art und Höhe der Leistung

A.2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Leistung

Die Invaliditäts-Leistung zahlen wir Ihnen als einmaligen Kapitalbetrag.

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungs-Summe und
- der unfallbedingte Grad der Invalidität.

Hierzu ein Beispiel:
Bei einer Versicherungs-Summe von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Grad der Invalidität von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.

A.2.1.2.2 Bemessung des Grads der Invalidität, Zeitraum für die Bemessung

Die Höhe des Grads der Invalidität richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer A.2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer A.2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer B.5.5)

A.2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten je vereinbarter Produktlinie ausschließlich die hier genannten Grade der Invalidität, soweit Sie nicht etwas anderes mit uns vereinbart haben.

Gothaer Unfall	Basis	Plus	Premium
eines Arms	70 %	75 %	80 %
eines Arms bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %	70 %	75 %
eines Arms unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %	70 %	70 %
einer Hand	70 %	70 %	70 %
eines Daumens	25 %	25 %	30 %
eines Zeigefingers	16 %	16 %	20 %
eines anderen Fingers	10 %	10 %	10 %
alle Finger einer Hand jedoch nicht mehr als	70 %	70 %	70 %
eines Beins über der Mitte des Oberschenkels	70 %	75 %	80 %
eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %	70 %	70 %
eines Beins bis unterhalb des Knies	55 %	60 %	60 %
eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %	55 %	55 %
eines Fußes	50 %	50 %	50 %
einer großen Zehe	8 %	8 %	15 %
einer anderen Zehe	3 %	3 %	5 %
eines Lungenflügels	*	*	30 %
der Milz	*	*	20 %
einer Niere	*	*	30 %
sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfallereignisses bereits verloren oder vollständig funktionsunfähig war	*	*	60 %
beider Nieren durch ein und dasselbe Unfallereignis	*	*	100 %
eines Auges	55 %	60 %	60 %
sofern die Sehkraft auf dem anderen Auge bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	*	70 %	100 %
des Gehörs auf einem Ohr	35 %	40 %	40 %
sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bei Eintritt des Unfallereignisses bereits vollständig verloren war	*	50 %	80 %
des Geruchssinns	10 %	15 %	15 %
des Geschmackssinns	5 %	10 %	15 %
bei vollständigem Verlust der Stimme	40 %	80 %	100 %

*In den Produktlinien Gothaer Unfall Basis und Gothaer Unfall Plus findet hierzu eine Bemessung außerhalb der Gliedertaxe im Sinne der Ziffer A.2.1.2.2.2 statt.

Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziffer A.4.2.1 GUB 2018). Unter den Versicherungs-Schutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des genannten Grads der Invalidität.

Hierzu ein Beispiel:
Die völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes ergibt einen Grad der Invalidität von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Grad der Invalidität von 7 % (= ein Zehntel von 70 %).

A.2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Grad der Invalidität danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

A.2.1.2.2.3 Minderung der Vorinvalidität

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

Hierzu ein Beispiel:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt sich ein Grad der Invalidität von 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (= ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Grad der Invalidität von 63 %.

A.2.1.2.2.3.1 Keine Anrechnung der Vorinvalidität bei Auge und Gehör

Waren das Augenlicht oder das Gehör vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird die Vorinvalidität nicht mindernd angerechnet, wenn die vorherige Beeinträchtigung durch akustische oder optische Hilfen (Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen etc.) ausgeglichen worden war und das Gehör oder das Augenlicht durch den Unfall nun vollständig verloren gegangen ist.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Invalidität Zusatzschutz	versichert

A.2.1.2.2.4 Grad der Invalidität bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Grade der Invalidität zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Hierzu ein Beispiel:
Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Grade der Invalidität 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

A.2.1.2.3 Invaliditäts-Leistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditäts-Leistung entstanden, leisten wir nach dem Grad der Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

A.2.2 Tagegeld

A.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

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

A.2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungs-Summe und
- der unfallbedingte und ärztlich festgestellte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, einer Beschäftigung nachzugehen (z. B. Besuch des Kindergartens oder der Schule oder Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.), wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

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

Hierzu ein Beispiel:
Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.

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

A.2.3 Krankenhaus-Tagegeld

A.2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Kuren sowie Aufenthalte in privaten Einrichtungen (Pensionen und Hotels) und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Erfolgt die Heilbehandlung jedoch in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischtes Institut), so entfällt der Krankenhaus-Tagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes des Versicherten ist.

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

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

A.2.3.1.1 Krankenhaus-Tagegeld bei Gipsungen und Schienungen

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

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld gezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthese-Materials dient.

Bei unfallbedingtem vollstationärem Aufenthalt der versicherten Person zur Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50% des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes übernommen.

Bei einer unfallbedingten ambulant durchgeführten Operation zahlen wir das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für drei Tage. Ein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne der Ziffer A.2.4.1 GUB 2018 entsteht hierdurch nicht.

A.2.3.2.1 Verlängerte Zahlung Krankenhaus-Tagegeld

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungs-Summe für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für **drei** Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.3.2.2 Doppeltes Krankenhaus-Tagegeld im Ausland

Ereignet sich ein Unfall im Ausland, so zahlen wir für die Dauer eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 21 Tage, den doppelten Satz des für die betroffene versicherte Person vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldes. Ab dem 22. Tag zahlen wir die vertraglich vereinbarte Versicherungs-Summe des Krankenhaus-Tagegeld es.

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

Hinweis:
Ist auch ein Genesungsgeld im Sinne der Ziffer A.2.4 GUB 2018 vereinbart, so zahlen wir nur das einfache Genesungsgeld.

Produklinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.4 Genesungsgeld

A.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer A.2.3. GUB 2018.

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

A.2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaus-Tagegeld vereinbarten Versicherungs-Summe für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	längstens für 100 Tage
Gothaer Unfall Plus	längstens für 500 Tage
Gothaer Unfall Premium	längstens für 500 Tage

A.2.5 Todesfall-Leistung

A.2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt innerhalb eines Jahres gestorben oder nach dem Verschollenheits-Gesetz (VerschG) für Tod erklärt worden. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer B.3.5 weisen wir hin.

A.2.5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungs-Summe.

A.2.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (Bergungskosten)

A.2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für:

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

entstanden.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der je Produktlinie vereinbarten Versicherungs-Summe.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	15.000 EUR
Gothaer Unfall Plus	25.000 EUR
Gothaer Unfall Premium	50.000 EUR

A.2.7 Kosten für kosmetische Operationen

A.2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

insgesamt bis zur Höhe der je Produktlinie vereinbarten Versicherungs-Summe.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	15.000 EUR
Gothaer Unfall Plus	25.000 EUR
Gothaer Unfall Premium	50.000 EUR

A.2.8 Kosten für kosmetische Operationen nach krebsbedingten Amputationen der Brust

A.2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine weibliche versicherte Person hat sich vor der Vollendung ihres 67. Lebensjahres einer krebsbedingten Amputation der Brust unterzogen.

Ihr wurden

- durch einen Arzt
- eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) abgenommen
- sie hat eine Wartezeit von 3 Monaten erfüllt

Die Wartezeit startet ab dem im Versicherungs-Schein dokumentierten Vertragsbeginn bzw. bei bestehenden Verträgen mit dem im Nachtrag zum Versicherungs-Schein dokumentierten Zeitpunkt des Einschlusses der Gothaer Unfall Premium 2018 in den Vertrag. Krebs-Erkrankungen, die vor Ablauf der Wartezeit festgestellt werden, bleiben hierbei unberücksichtigt.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten für kosmetische oder plastische Brustoperationen,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

insgesamt bis zur Höhe einer Versicherungs-Summe von **5.000 Euro** im Rahmen der über diesen Vertrag versicherten Summe der Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer A.2.7.2)!

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.9 Kosten der Zahnbehandlung nach einem Unfall

A.2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen behandeln zu lassen. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stiftzähnen, Gebissen und Implantaten).

Die Zahnbehandlung erfolgt

- durch einen Zahnarzt
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Kosten der Zahnbehandlung
- Kosten für Zahnersatz

im Rahmen der je Produktlinie zu den Kosten für kosmetische Operationen vereinbarten Versicherungs-Summe (Ziffer A.2.7.2).

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	15.000 EUR
Gothaer Unfall Plus	25.000 EUR
Gothaer Unfall Premium	50.000 EUR

A.2.10 Kosten der Zahnbehandlung für Backenzähne

A.2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Backenzähnen behandeln zu lassen. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stiftzähnen, Gebissen und Implantaten).

Die Zahnbehandlung erfolgt

- durch einen Zahnarzt
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall
- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Kosten der Zahnbehandlung
- Kosten für Zahnersatz

im Rahmen der für die Produktlinie Gothaer Unfall Premium versicherten Kosten für kosmetische Operationen in Höhe von 50.000 Euro (Ziffer A.2.7.2).

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.11 Zerstörung von Zahnersatz

A.2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stiftzähne, Gebisse, Implantate) der versicherten Person wird im Rahmen eines bedingungsgemäßen Unfalls zerstört.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nicht von Dritten übernommenen Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung bis zu einer Höhe von **2.500 Euro** im Rahmen der für die Produktlinie Gothaer Unfall Premium versicherten Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer A.2.7.2).

Sie haben die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.12 Beschädigung oder Zerstörung von Zahnspangen

A.2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Durch einen bedingungsgemäßen Unfall des versicherten Kindes werden die Lippe oder die Zähne und gleichzeitig auch die Zahnspange geschädigt oder zerstört.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

A.2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nicht von Dritten übernommenen Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung bis zu einer Höhe von **2.500 Euro** im Rahmen der über diesen Vertrag geltenden Versicherungs-Summe der Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer A.2.7.2).

Sie haben die unfallbedingte Zerstörung der Zahnspange durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diese Zahnspange.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Kinder Zusatzschutz	versichert

A.2.13 Betreuungsrente

Hat das versicherte Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet gilt folgendes:
Hat das versicherte Kind oder ein mit dem Kind in häuslicher Gemeinschaft lebender Erziehungsberechtigter einen Unfall erlitten, der zu einer anschließenden Arbeits- oder Leistungs-Unfähigkeit von mindestens 4 Wochen führt, zahlen wir eine Rente in Höhe von 1.000 Euro. Für jede weitere angefangene Woche der Arbeits- oder Leistungs-Unfähigkeit zahlen wir 250 Euro. Wir erbringen die Leistung über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten vom Unfallzeitpunkt an gerechnet.

Ein evtl. für andere Leistungsarten vereinbarter Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) **gilt nicht** für die Betreuungsrente.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Kinder Zusatzschutz	versichert

A.2.14 Vollwaisenrente

Versterben beide Elternteile innerhalb eines Jahres durch ein- und dasselbe Unfallereignis, zahlen wir eine Vollwaisenrente von monatlich 1.000,- Euro an die versicherten minderjährigen Kinder.

Gleiches gilt in den Fällen, in dem zum Zeitpunkt des Unfall-Ereignisses ein Elternteil bereits verstorben war, das andere Elternteil aber innerhalb eines Jahres an den Folgen des Unfalls verstirbt.

Die Vollwaisenrente wird letztmalig bis zum Ende des Versicherungs-Jahres gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Ein evtl. für andere Leistungsarten vereinbarter Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) **gilt nicht** für die Vollwaisenrente.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Kinder Zusatzschutz	versichert

A.2.15 Nachhilfe-Unterricht (Schulausfallgeld)

Für die im Rahmen des Vertrags versicherten Kinder, also für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, zahlen wir für jeden Tag, an dem ein versichertes Kind unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen kann, die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfe-Unterricht in Höhe der je Produktlinie pro Tag vereinbarten Summe für maximal 50 Schultage.

Ein evtl. für andere Leistungsarten vereinbarter Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) **gilt nicht** für das Schulausfallgeld.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	30, EUR je Tag
Gothaer Unfall Premium	50, EUR je Tag

A.2.16 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma oder wird sie infolge eines Unfalls in ein künstliches Koma versetzt, so zahlen wir für den Zeitraum dieses Zustands täglich 20,00 Euro, längstens jedoch für 30 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Ein evtl. für andere Leistungsarten vereinbarter Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) **gilt nicht** für das Komageld.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.17 Reha-Beihilfe

Die versicherte Person hat nach einem Unfall wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Schädigung der Gesundheit oder deren Folgen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen an einer stationär durchgeführten medizinisch notwendigen Reha-Maßnahme teilgenommen.

Diese Voraussetzungen sind von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Reha-Beihilfe wird einmal je Unfall in einer Höhe von 1.000 Euro gezahlt. Dabei wird Ziffer A.5 der GUB 2018 berücksichtigt.

Die Reha-Beihilfe nimmt nicht an einem gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) teil.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfall-Versicherungen, so zahlen wir die Reha-Beihilfe nur aus einer dieser Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.18
Haushaltshilfe-Geld

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

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

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer)

- nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 50 Euro je Tag vollstationären Aufenthalts. Wir übernehmen die Kosten jedoch höchstens bis zu der Versicherungs-Summe, die zur jeweils vereinbarten Produktlinie gilt. Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Das Haushaltshilfe-Geld nimmt nicht an einem gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) teil.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfall-Versicherungen, so zahlen wir das Haushaltshilfe-Geld nur aus einer dieser Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	1.000 EUR
Gothaer Unfall Premium	2.500 EUR

A.2.19
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Hat ein Unfall zu einem Grad der Invalidität von mindestens 50 % nach den Ziffern A.2.1.1 und A.2.1.2 GUB 2018 geführt, so übernehmen wir bis zu einer Höhe von insgesamt 10.000 Euro die erforderlichen Kosten für

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

Wir zahlen die Leistung nur, wenn Sie uns die medizinische Notwendigkeit nachweisen.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Kranken-Versicherung, ein Haftpflicht-Versicherer) eintritt, so können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Die behinderungsbedingten Mehraufwendungen nehmen nicht an einem gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag (Summendynamik) teil.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfall-Versicherungen, so zahlen wir die Reha-Beihilfe nur aus einer dieser Versicherungen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.19.1 Anschaffung oder Umbau von Sportgeräten

Die Ziffer A.2.19 GUB 2018 wird wie folgt erweitert:

Hat ein Unfall zu einem Grad der Invalidität nach den Ziffern A.2.1.1. und A.2.1.2 GUB 2018 geführt und ist die versicherte Person deshalb nicht mehr in der Lage ein Sportgerät zu benutzen, welches sich in ihrem Eigentum befindet, so zahlen wir die Kosten für

- den behinderungsgerechten Umbau des vorhandenen Sportgeräts

oder

- die Anschaffung eines entsprechend geeigneten Sportgeräts.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Invalidität Zusatzschutz	versichert

A.2.20 Psychologische Soforthilfe nach räuberischem Überfall/Geiselnahme

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.21 Rehamanagement

Unser Rehamanagement navigiert und begleitet verunfallte versicherte Personen durch das System der Sozialleistungs-Träger und Leistungs-Erbringer während des gesamten Genesungs-Prozesses. Ziel ist es, eine optimale Versorgungs-Situation zu schaffen, um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

A.2.21.1 Der Anspruch der versicherten Person auf Rehamanagement

Die versicherte Person hat Anspruch auf Rehamanagement, wenn sie aufgrund eines Unfalls im Sinne der GUB 2018 mindestens 14 Tage zur Akutbehandlung im Krankenhaus verweilen muss.

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

A.2.21.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Der von uns beauftragte Dienstleister kann nur dann tätig werden, wenn behandelnde Personen und Einrichtungen, z. B.

- Angehörige von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflege-Einrichtungen

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Er wird die versicherte Person im Rahmen des Ersthilfe-Telefonats nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären.

A.2.21.3 Bedarfserhebung und Voraussetzungen für das Rehamanagement

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

Der Rehamanagement-Bedarf wird durch ein Ersthilfe-Telefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der verunfallten versicherten Person, deren Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, volljährige Kinder, Eltern) und den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben. Aus dem erhobenen Rehamanagement-Bedarf leitet der Dienstleister ab, ob es sich um einen kleinen oder großen Rehafall handelt und leitet die entsprechenden Schritte ein.

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

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

A.2.21.4 Kleiner und großer Rehafall

A.2.21.4.1 Der kleine Rehafall

Ein kleiner Rehafall liegt vor, wenn der Rehamanagement-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird, die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen noch für einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird und der Hausarzt oder ein Facharzt die weitere Behandlung ambulant durchführt.

A.2.21.4.2 Der große Rehafall

Ein großer Rehafall liegt vor, wenn der Rehamanagement-Bedarf hoch und mit komplexer Betreuung und Beratung eingeschätzt wird, wenn die versicherte Person aus dem Krankenhaus noch für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen als arbeitsunfähig entlassen wird oder wenn durch den Unfall eine der folgenden Verletzungen eingetreten ist:

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

A.2.21.5 Die Rehamanagement-Leistungen

A.2.21.5.1 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem kleinen Rehafall

A.2.21.5.1.1 Die Rehabetreuung

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

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

A.2.21.5.1.2 Die Rehaberatung

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

A.2.21.5.1.3 Finanzielle Beihilfen

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

Zu diesen ambulanten therapeutischen Maßnahmen zählen

- die Ergotherapie
- die manuelle Therapie (Behandlung von Funktions-Störungen des Bewegungs-Apparates [Gelenke, Muskeln, Nerven])
- Massagen

A.2.21.5.2 Die Rehamanagement-Leistungen bei einem großen Rehafall

A.2.21.5.2.1 Die Rehabetreuung

Der Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufs-Begleitung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungs-Wechsel erfolgt. Diese aktive telefonische Verlaufs-Begleitung beginnt mit der Entlassung aus der akutmedizinischen Versorgung (Krankenhausentlassung) und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.

Zu den Aufgaben gehören:

- regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten.
- ständige Kontrolle des Soll-Ist-Zustandes und Problemlösungs-Gespräche mit allen Beteiligten
- regelmäßige Situations-Besprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungs-Koordinierung unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Überganges in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatz-Sicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der arbeitsplatzspezifischen Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungs-Stätten)
- Berufliche Reintegrations-Hilfen (Arbeitsplatz-Akquise- und Bewerbungs-Unterstützung)

A.2.21.5.2.2 Die Rehaberatung

A.2.21.5.2.2.1 Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Rehabilitations-Beratung

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

Auf Wunsch können Kontakte zu qualifizierten ambulanten Versorgungs-Einrichtungen oder medizinischen Fachkräften vermittelt oder terminiert werden.

A.2.21.5.2.2.2 Beratung und Hilfestellung bei Umbaumaßnahmen

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

A.2.21.5.2.2.3 Beratung und Hilfestellung in der Heil- und Hilfsmittel-Versorgung

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

A.2.21.5.2.2.4 Rückführungs-Beratung und -begleitung in die Kinder-Tagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz im Rahmen der Kinder-Unfall-Versicherung

Unmittelbar im Anschluss der medizinisch rehabilitativen Maßnahmen wird ein Gespräch mit den Kostenträgern, Bildungs-Verantwortlichen, pädiatrischen Förder-Einrichtungen und den Eltern über die Rückführung in die Kinder-Tagesstätte, die Schule oder an den Ausbildungsplatz organisiert und aktiv begleitet.

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

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

A.2.21.5.2.2.5 Rückführungs-Beratung und –begleitung in den beruflichen Alltag bzw. in die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Unfall-Versicherung für Erwachsene

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

Der Dienstleister erarbeitet hierbei einen Rehabilitations-Plan.

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

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

A.2.21.5.2.2.6 Pflegeberatung

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

A.2.21.5.2.3 Pflege-Entlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden. Der Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person. Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 1.000 Euro. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann einmal je Unfallereignis innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

A.2.21.5.2.4 Finanzielle Beihilfen

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

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

A.2.21.5.2.5 Kostenübernahme durch einen anderen Versicherer

Soweit ein anderer Versicherer (gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfall-Verskcherer (Berufsgenossenschaft), Haftpflicht-Versicherer, Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Versicherer, gesetzlicher Renten-Versicherer) verpflichtet ist, die Kosten für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zu übernehmen, kann der Erstattungs-Anspruch gegen uns nur wegen der
restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Versicherer seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.22 Versicherungs-Schutz für das ungeborene Leben

Erleidet eine schwangere versicherte Person einen Unfall und kommt es in der Folge dieses Unfalls zu einer Totgeburt, so zahlen wir eine Todesfall-Leistung in Höhe von 5.000 Euro.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.2.23 Erholungsgeld

Wir zahlen nach einem versicherten Unfall ein Erholungsgeld in Höhe von 500 Euro.

Voraussetzung ist, dass der versicherte Unfall dazu geführt hat, dass die versicherte Person eine allgemeine Leistungs-Unfähigkeit.(z. B. Arbeits- oder Schulunfähigkeit) von mehr als 6 Wochen erlitten hat und dies anhand eines ärztlichen Attestes nachweist.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.3 Welche Leistungen sind generell ohne Mehrbeitrag versichert?

A.3.1 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner während der Dauer der Versicherung und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt.

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

Ihre während der Laufzeit des Vertrages geborenen oder von Ihnen adoptierten noch minderjährigen Kinder gelten beitragsfrei ab vollendeter Geburt bzw. ab dem Zeitpunkt der Rechtsgültigkeit der Adoption bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitversichert.

Gehen Sie während der Laufzeit des Vertrages eine Ehe oder eine eingetragene Lebens-Partnerschaft im Sinne des Lebens-Partnerschafts-Gesetzes ein, so ist ab dem Zeitpunkt der Eheschließung oder der rechtsgültigen Eintragung der Lebens-Partnerschaft Ihr Ehe- oder Lebenspartner bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mitversichert.

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

A.3.3 Rooming-in

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der GUB 2018, der sich vor der Vollendung des 12. Lebensjahres ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungs-Berechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

- bis 10. Übernachtung: 30 Euro
- ab der 11. Übernachtung: 15 Euro

A.3.4 Kinder-Unfall-Versicherung - Umstellung auf den Tarif für Erwachsene und die beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers

A.3.4.1 Die Versicherung führen wir zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungs-Jahres fort, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag). Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für erwachsene Personen ergibt.

A.3.4.2 In Ergänzung der Ziffern B.6.2 bis B.6.3 der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) gilt folgendes:

a) Sterben Sie während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungs-Jahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet (= 18. Geburtstag).:

b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt Absatz a) außer Kraft.

Der vorstehende Satz gilt **nicht** für Ihr unfallbedingtes Ableben im Rahmen der je nach vereinbarter Produktlinie geltenden Frist gemäß Ziffer A.4.1.3. Ist eine längere Frist vereinbart, so gilt diese entsprechend.

A.3.5 Todesfall-Leistung für Vollwaisen

Ziffer A.2.5 GUB 2018 wird wie folgt erweitert:

Besteht für beide Elternteile Unfall-Versicherungs-Schutz im Rahmen einer Unfall-Versicherung auf Grundlage der GUB 2018, und werden beide versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet, so wird an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder das Doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfall-Versicherungs-Summe ausgezahlt. Die zusätzliche Summe ist jedoch auf 50.000 Euro je Elternteil begrenzt.

Hierzu ein Beispiel:
1. Für beide Elternteile gilt eine Todesfall-Leistung in Höhe von je 30.000 Euro versichert. Durch die Verdoppelung werden an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder 60.000 Euro je Elternteil ausgezahlt, also 120.000 Euro insgesamt.

2. Für beide Elternteile gilt eine Todesfall-Leistung in Höhe von je 60.000 Euro versichert. Durch die Verdoppelung ergäbe sich jetzt je Elternteil eine Leistung in Höhe von 120.000 Euro. Durch die Begrenzung der zusätzlichen Leistung auf 50.000 Euro werden den Kindern je Elternteil aber tatsächlich 110.000 Euro ausgezahlt, also 220.000 Euro insgesamt.

A.3.6 Helmklausel

Ziffer A.2.1.2 wird wie folgt erweitert:

Bei folgenden Aktivitäten zahlen wir bei einer unfallbedingten schweren Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades eine zusätzliche Invaliditäts-Leistung, wenn aufgrund dieser Kopfverletzung ein Grad der Invalidität festgestellt und zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein handelsüblicher Helm getragen wurde:

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	1.000 EUR
Gothaer Unfall Plus	2.500 EUR
Gothaer Unfall Premium	10.000 EUR

A.3.7
Lebensretter-Unfall-Versicherung

Für Personen, die nicht über diesen Unfall-Versicherungs-Vertrag versichert sind, besteht Versicherungs-Schutz, sofern diesen bei der Bemühung zur Rettung einer über diesen Vertrag versicherten Person ein Unfall im Sinne der GUB 2018 zustößt.

Die Versicherungs-Summen betragen je Person für

- Unfalltod 25.000 Euro
- Unfall-Invalidität 25.000 Euro (ohne Progression)

Kein Versicherungs-Schutz besteht allerdings für Personen, die zum Zeitpunkt der Rettung für eine Rettungs-Organisation (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz sind.

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

A.4
In welchen Fällen ist der Versicherungs-Schutz ausgeschlossen?

A.4.1
Ausgeschlossene Unfälle

A.4.1.1 **Bewusstseins-Störungen**

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseins-Störungen sowie durch Herzinfarkte, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Eine Bewusstseins-Störung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseins-Störung können insbesondere sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Drogenkonsum,
- Medikamenten-Einnahme

Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person
- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:
Die Bewusstseins-Störung oder der Anfall wurde durch einen Unfall im Sinne der GUB 2018 verursacht, für den nach diesem Vertrag Versicherungs-Schutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

Der Zustand der Übermüdung (Schlaf-Trunkenheit) und das Einschlafen infolge der Übermüdung werden nicht als Bewusstseins-Störung angesehen. Vom Versicherungs-Schutz **ausgeschlossen** bleiben dagegen die Tages-Schläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

A.4.1.1.1 **Bewusstseins-Störungen durch Medikamente**

Für Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, **gelten je nach vereinbarter Produktlinie** Unfälle infolge von Bewusstseins-Störungen durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente **als mitversichert.**

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.4.1.1.2 Bewusstseins-Störungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall

Für Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, **gelten je nach vereinbarter Produktlinie** Unfälle infolge von Bewusstseins-Störungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht werden, **als mitversichert.**

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.4.1.1.3 Bewusstseins-Störungen durch Herz-Kreislaufstörung

Mitversichert sind auch Unfälle aufgrund von Bewusstseins-Störungen, soweit diese durch Herz- und Kreislauf-Störungen verursacht werden.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Invalidität Zusatzschutz	versichert

A.4.1.2 Straftat

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Ausnahmen:

- Unfälle bei inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war.
- Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

A.4.1.2.1 Fahren von Motorfahrfahrzeugen ohne Fahrerlaubnis

Es besteht Versicherungs-Schutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und sie ein motorbetriebenes Land- oder Wasserfahrzeug ohne gültige Fahrerlaubnis führt.

Voraussetzung ist allerdings, dass von der versicherten Person keine weitere Straftat begangen worden ist, um die Verfügungsgewalt über das Fahrzeug zu erlangen. Liegt ein solcher Fall vor, so entfällt für das Führen des motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugs der Versicherungs-Schutz.

Der Versicherungs-Schutz entfällt auch dann, wenn es sich bei der versicherten Person diesbezüglich um einen bereits aktenkundigen Wiederholungs-Täter handelt oder mit Hilfe des Fahrzeugs eine weitere Straftat begangen wird.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Kinder Zusatzschutz	versichert

A.4.1.2.2 Unfälle beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern

Es besteht Versicherungs-Schutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch die Herstellung oder den Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	nicht versichert
Kinder Zusatzschutz	versichert

A.4.1.3 Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegs-Ereignisse

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignisse verursacht sind, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Dieser erweiterte Versicherungs-Schutz erlischt jedoch dann am Ende des **je nach vereinbarter Produktlinie geltenden Zeitraums** nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung wegen Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der erweiterte Versicherungs-Schutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nach 7 Tagen
Gothaer Unfall Plus	nach 14 Tagen
Gothaer Unfall Premium	nach 21 Tagen

Klarstellung:
Terroranschläge außerhalb der Länder oder Teilregionen, auf denen Kriegshandlungen stattfinden, fallen unter den Versicherungs-Schutz.

Ungültigkeit der Ausnahme:
Der erweiterte Versicherungs-Schutz gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teilregion des Staates, so gilt der erweiterte Versicherungs-Schutz nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion.

Er gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

A.4.1.4 Luftfahrtunfälle

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeug-Führer oder Luftsportgeräte-Führer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt (z. B. Piloten, Gleitschirm- oder Drachenflieger)
- als sonstiges Besatzungs-Mitglied eines Luftfahrzeugs (z. B. Co-Piloten, Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter)
- bei beruflichen Tätigkeiten, die nur mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind (z. B. Luftfotograf, Polizisten bei der Verkehrs-Überwachung oder Verbrechens-Verfolgung, Ärzte und medizinisches Personal in speziellen Rettungs-Hubschraubern und Ambulanz-Flugzeugen, Sprühflüge zur Schädlings-Bekämpfung)

sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Versicherungs-Schutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

A.4.1.5 Fahrt-Veranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Ausnahmen:
Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnitts-Geschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballon-Verfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennen und fallen deshalb unter den Versicherungs-Schutz.

Fahrten mit Go-Karts in Kartcentern sind mitversichert, allerdings nur dann, wenn die Go-Karts vom Kartcenter geliehen wurden, es sich um reine Freizeitfahrten handelt und diese nicht dem vereinsmäßigen Kartsport zuzurechnen sind.

A.4.1.6 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

A.4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

A.4.2.1 Psychische Reaktionen

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Hierzu ein Beispiel:

- *Posttraumatische Belastungs-Störung nach Beinbruch durch einen schweren Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

A.4.2.1.1 Psychische und nervöse Störungen

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

Nicht durch organische Verletzungen entstandene psychische Erkrankungen wie z. B. eine posttraumatische Belastungs-Störung oder ein Tinnitus bleiben ausgeschlossen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	nicht versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

A.4.2.2 Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Schädigung der Gesundheit durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungs-Schutz über diesen Vertrag.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Hierzu ein Beispiel:
Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungs-Fehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und fällt deshalb unter den Versicherungs-Schutz.

A.4.2.3 Infektionen

Infektionen, die **nicht** nach Ziffer A.1.4.4 GUB 2018 versichert sind.

Versicherungs-Schutz besteht jedoch für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

A.4.2.4 Vergiftungen

Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Auf die unter der Ziffer A.1.4.6 GUB 2018 definierten Erweiterungen weisen wir hin.

A.4.2.5 Strahlen

Unfälle durch Strahlen, die **nicht** nach Ziffer A.1.4.5 GUB 2018 versichert sind, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

A.4.2.6 Schädigungen der Bandscheibe sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Versicherungs-Schutz besteht jedoch bei Schädigungen an Bandscheiben dann, wenn neben der Schädigung der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein Unfall im Sinne der GUB 2018 die überwiegende Ursache ist.

Bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungs-Schutz jedoch dann, wenn ein Unfall im Sinne der GUB 2018 die überwiegende Ursache ist.

A.4.2.7 Bauch- und Unterleibsbrüche

Bauch- und Unterleibsbrüche sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

Versicherungs-Schutz besteht jedoch, wenn der Bauch- oder Unterleibsbruch durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende, direkte Einwirkung auf den Bauch- und Unterleibs-Bereich verursacht wurde und diese Gewalteinwirkung durch medizinische Befunde belegt ist.

A.4.2.7.1 Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Hierzu verweisen wir auf die Ausführungen unter der Ziffer A.1.4.1, nach denen **je nach versicherter Produktlinie** Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung unter den Versicherungs-Schutz fallen.

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	nicht versichert
Gothaer Unfall Plus	versichert
Gothaer Unfall Premium	versichert

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

Die Ziffer 10 der Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus sieht spezielle Ausschlüsse von dem dort beschriebenen Versicherungs-Schutz vor. Diese Ausschlüsse gehen den Ausschlüssen der Ziffern A.4.1 und A.4.2 der GUB 2018 vor, ändern diese teilweise ab oder dehnen sie begrenzt auf die Leistungen der Gothaer UnfallrentePlus aus.

A.5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

A.5.1 Krankheiten und Gebrechen

Als Unfall-Versicherer leisten wir ausschließlich für Unfallfolgen.

Darunter verstehen wir

- Schädigungen der Gesundheit und
- die Folgen von Schädigungen der Gesundheit

die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

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

Hierzu ein Beispiel:
Krankheiten sind z. B. Diabetes, Gelenks-Erkrankungen oder Osteoporose;
Gebrechen sind Schwerhörigkeit, Amputationen oder anlagebedingte Bewegungs-Einschränkungen.

A.5.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen und Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungs-Anteil), mindert sich

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

Hierzu ein Beispiel:
Eine Beinverletzung hat zu einem Grad der Invalidität von 10 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Grad der Invalidität beträgt 5 %.

Ab welcher prozentualen Höhe wir die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit berücksichtigen, **hängt von der von Ihnen gewählten Produktlinie ab.**

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

Produktlinie	Versicherungs-Schutz
Gothaer Unfall Basis	ab 40 %
Gothaer Unfall Plus	ab 45 %
Gothaer Unfall Premium	ab 50 %
Invalidität Zusatzschutz	Im Rahmen der Gothaer Unfall Premium mit Invalidität Zusatzschutz verzichten wir auf die Berücksichtigung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit. Wirkt allerdings mindestens eine der nachfolgend aufgezählten Krankheiten an den Unfallfolgen mit, so verzichten wir auf die Berücksichtigung nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt: Diabetes mellitus, HIV/Aids, Multiple Sklerose, Alkoholsucht, Drogensucht, Parkinson, Morbus Paget, Polyneuropathie, Morbus Bechterew

A.6 Nicht versicherbare Personen

A.6.1 Definition

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, sobald sie in Pflegegrad 3 oder höher im Sinne der sozialen Pflege-Versicherung eingestuft sind.

A.6.2 Erlöschen des Versicherungs-Schutzes

Der Versicherungs-Schutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

A.6.3 Rückzahlung des Beitrags

Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungs-Unfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

A.7 Besondere Bedingungen

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen zu den Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie sie mit uns vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungs-Schein hervor.

A.7.1 Die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel

A.7.1.1 **Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel 350 % (Nr. 62)**
Ziffer A.2.1 der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungs-Grundsätzen der Ziffer A.2.1 und der Anwendung von Ziffer A.5 GUB 2018 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditäts-Leistung folgende Versicherungs-Summen zugrunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die im Versicherungs-Schein festgelegte Invaliditätssumme,

b) für den 25 %, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die dreifache Invaliditätssumme,

c) für den 50 % übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die fünffache Invaliditätssumme.

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

A.7.1.2 Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel 600 % (Nr. 82)

Ziffer A.2.1 der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungs-Grundsätzen der Ziffer A.2.1 und der Anwendung von Ziffer A.5 GUB 2018 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditäts-Leistung folgende Versicherungs-Summen zugrunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die im Versicherungs-Schein festgelegte Invaliditätssumme,
b) für den 25 % , nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die vierfache Invaliditätssumme,
c) für den 50 Prozent, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die achtfache Invaliditätssumme,
d) für den 75 % übersteigenden Teil des Grads der Invalidität die elffache Invaliditätssumme.

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

A.7.2 Die Invaliditäts-Renten

A.7.2.1 Besondere Bedingungen für die lebenslange Invaliditäts-Rente (Nr. 96)

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern A.2.1.1 und A.2.1.2 GUB 2018 zu einem Grad der Invalidität von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte lebenslange Rente. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressions-Staffel ergebende Grad der Invalidität muss insoweit unberücksichtigt bleiben. Ebenso muss insoweit unberücksichtigt bleiben ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ ergebender Grad der Invalidität.

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

   - in dem eine Neufestsetzung des Grads der Invalidität nach Ziffer B.5.5 ergibt, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
   - in dem der Versicherte stirbt.

2. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Renten-Garantiezeit an die Erben oder an die ihm als Bezugsberechtigte benannte Person. Die Renten-Garantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Renten-Leistungspflicht des Versicherers.

3. Rentenleistungen aus dem Versicherungs-Vertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die mit dem Nachweis ver-

bundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

4. Diese Leistungsart bleibt von der Summendynamik (Zuwachs von Leistung und Beitrag) ausgeschlossen.

5. Sind die Voraussetzungen von Ziffer 1 Satz 1 für die Zahlung der lebenslangen Invaliditäts-Rente erfüllt, so wird diese Leistungsart aus dem Vertrag genommen. Der Anteil des für diese Leistungsart gezahlten Beitrags, der auf den Zeitraum entfällt, welcher auf die Herausnahme folgt, wird erstattet.

A.7.2.2 Besondere Bedingungen für die Invaliditäts-Rente bis 67 (Nr. 105)

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern A.2.1.1 und A.2.1.2. GUB 2018 zu einem Grad der Invalidität von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressions-Staffel ergebende Grad der Invalidität muss insoweit unberücksichtigt bleiben. Ebenso muss insoweit unberücksichtigt bleiben ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ ergebender Grad der Invalidität.

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

   - in dem eine Neufestsetzung des Grads der Invalidität nach Ziffer B.5.5 GUB 2018 ergibt, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
   - in dem der Versicherte stirbt.

2. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Renten-Garantiezeit an die Erben oder an die ihm als Bezugsberechtigte benannte Person. Die Renten-Garantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Renten-Leistungspflicht des Versicherers.

3. Rentenleistungen aus dem Versicherungs-Vertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

4. Diese Leistungsart bleibt von der Summendynamik (Zuwachs von Leistung und Beitrag) ausgeschlossen.

5. Sind die Voraussetzungen von Ziffer 1 Satz 1 für die Zahlung der Invaliditäts-Rente bis 67 erfüllt, so wird diese Leistungsart aus dem Vertrag genommen. Der Anteil des für diese Leistungsart gezahlten Beitrags, der auf den Zeitraum entfällt, welcher auf die Herausnahme folgt, wird erstattet.

6. Grundsätzlich gelten auch für die Gothaer Invaliditäts-Rente bis 67 die Bestimmungen der Ziffer B.6 GUB 2018. Der Versicherungs-Schutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet aber spätestens und ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Versicherungs-Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

A.7.3 Die Gothaer Unfallrente-Plus

A.7.3.1 Besondere Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)

Die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2018 werden nur dann Vertrags-Grundlage, wenn Sie sie vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungs-Schein hervor.

Die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2018 gelten zusätzlich zu den Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) und gehen diesen vor.

Der Versicherungs-Umfang	1	Was ist versichert ?
	1.1	Welche Leistungsfälle sind versichert?
	1.2	Art und Höhe der Leistung
	1.3	Beginn und Dauer der Leistung
	2	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
	3	Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
	4	Rentenleistung bei Krebs-Erkrankungen (Krebsrente)
	5	Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeiten-Rente)
	6	Rentenleistung bei einer Pflege-Bedürftigkeit (Pflegerente)
	7	Rehamanagement
	8	Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?
	9	Welche Wartezeiten müssen beachtet werden?
	10	In welchen Fällen ist der Versicherungs-Schutz ausgeschlossen?
Der Leistungsfall	11	Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?
	12	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
	13	Wann sind die Leistungen fällig? Welche Pflichten bestehen für Sie während der Rentenleistung?
Die Versicherungs-Dauer	14	Wann beginnt und wann endet der Versicherungs-Schutz?
Der Versicherungs-Beitrag	15	Wie sich der Beitrag mit dem Alter der versicherten Person entwickelt
	16	Beitrags-Anpassungsklausel
	17	Beitragsfreistellung im Leistungsfall
Die Versicherungs-Summe	18	Erhöhung der Versicherungs-Summe (Erhöhungsgarantie)

Der Versicherungs-Umfang

1. Was ist versichert ?

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

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

1.1 Welche Leistungsfälle sind versichert?

Versichert sind folgende fünf Leistungsfälle:

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

1.2 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung wird als monatliche Rente gezahlt.

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

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

Wir zahlen die Rente dann in Höhe der mit Ihnen vereinbarten Versicherungs-Summe. Treffen gleichzeitig mehrere Leistungs-Voraussetzungen zu, so beeinflusst das die Höhe der zu zahlenden Rente nicht.

Hierzu ein Beispiel:
Es ist eine UnfallrentePlus in Höhe von monatlich 1.000 Euro vereinbart.

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

Durch den Grad der Invalidität von 70 % ist die Leistungs-Voraussetzung für die Unfallrente im Sinne der Ziffer 2 erfüllt.

Gleichzeitig zählt das Hören zu den Grundfähigkeiten eines Menschen. Durch den Verlust des Gehörs auf beiden Ohren ist somit auch die Leistungs-Voraussetzung für die Grundfähigkeiten-Rente im Sinne der Ziffer 5 erfüllt.

Die versicherte Person erhält von uns trotz des Vorliegens mehrerer Leistungs-Voraussetzungen ausschließlich die vereinbarte Rente von monatlich 1.000 Euro.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

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

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

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt (gilt nur bei der UnfallrentePlus bis 60),
- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Gothaer UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung),
- die versicherte Person stirbt,
- eine Neubemessung im Sinne der Ziffer 13.5 ergeben hat, dass die Leistungs-Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. (Ist die Zahlung der Rente bereits länger als 3 Jahre bei erwachsenen Personen* und Jugendlichen** bzw. länger als 5 Jahre bei Kindern*** erfolgt, so wird sie auch dann weiterhin gezahlt, wenn die Leistungs-Voraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten).

Bei Krebs-Erkrankungen gelten die in Ziffer 4.3.1 definierten Leistungsdauern, die vom Stadium bzw. Schweregrad der Erkrankungen abhängen.

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

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

2 Beginn und Dauer der Leistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Führt ein Unfall im Sinne der GUB 2018 nach den Ziffern A.2.1.1 und A.2.1.2 der GUB 2018 zu einem Grad der Invalidität von mindestens 50 %, so zahlen wir die vereinbarte Rente. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressions-Staffel ergebende Grad der Invalidität bleibt hierbei unberücksichtigt. Ebenso bleibt hierbei ein sich durch die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (Nr. 72)“ ergebender Grad der Invalidität unberücksichtigt.

3 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

In Ergänzung zu Ziffer A.1.3 und A.1.4 GUB 2018 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.1 Voraussetzung für die Leistung

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

3.2 Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark)

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

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu mindestens 90 % aufgehoben ist.
Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten (Ziffer 5) beurteilt.

3.3 Psyche

Für erwachsene versicherte Personen gilt:

Versichert sind alle psychischen Erkrankungen, die

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

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

Für Kinder und Jugendliche gilt:

Ein Rentenanspruch liegt vor, sofern nachweislich durch einen sich während der Vertragslaufzeit ereignenden Unfall im Sinne der GUB 2018, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenz-Defekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenz-Defekt der gemessene Intelligenz-Quotient die altersentsprechende Norm um mehr als 35 % unterschreitet.

3.4 Herz

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzklappen-Erkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmus-Störungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei:

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

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

3.5 Niere

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

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

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

3.6 Lunge

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

Für erwachsene versicherte Personen gilt:

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn

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

ist.

Für Kinder und Jugendliche gilt:

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn

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

ist.

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

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

3.7 Leber

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

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40 %

Die Funktions-Minderung der Leber muss irreversibel und auf Dauer sein.

Versicherungs-Schutz besteht jedoch dann nicht, wenn die Erkrankung durch den Genuss von Alkohol oder illegaler Drogen ausgelöst wird.

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

4 Rentenleistung bei Krebs-Erkrankungen (Krebsrente)

In Ergänzung zu Ziffer A.1.3 und A.1.4 GUB 2018 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt eine erstmalig während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags auftretende und diagnostizierte Krebs-Erkrankung mindestens des Stadiums II gemäß der nachfolgenden Definition sowie den nachfolgenden Bewertungs-Maßstäben:

Eine Krebs-Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesenes bösartiges Zellwachstum in Form eines Tumors oder verbleibenden bösartigen Restgewebes. Bösartiges Zellwachstum liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und zur Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Gemäß Ziffer 13.5 sind wir berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang im Rahmen einer Nachbemessung zu prüfen, hier insbesondere, ob bei der versicherten Person bösartiges Zellwachstum histologisch nachweisbar ist.

4.2 Bewertungs-Maßstab

4.2.1 Krebs (ohne Blutkrebs und Lymphknotenkrebs)

Krebs-Erkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage“, Stand November 2017 der Internationalen Vereinigung gegen Krebs (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert. Diese Stadien-Einteilung folgt dem Schweregrad der Krebs-Erkrankung. **Wir leisten ab dem Stadium II.**

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

4.2.2 Blutkrebs und Lymphknotenkrebs

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

Die Krebs-Erkrankungen des Blutes und der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

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

Wir leisten ab dem Stadium II.

4.3 Der Leistungsfall bei Krebs-Erkrankungen

4.3.1 Leistungsdauer

Für Krebs beträgt die maximale Leistungsdauer

- bei Stadium oder Schweregrad II: 12 Monate
- bei Stadium oder Schweregrad III: 36 Monate
- bei Stadium oder Schweregrad IV: lebenslang (Ist die Variante „Gothaer UnfallrentePlus bis 60“ vereinbart, so endet die Leistungsdauer spätestens zum Ende des Monats, in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt. Bei Vereinbarung der „Gothaer UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung“ endet die Leistungsdauer spätestens zum Ende des Monats, in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.)

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

- eine der vorgenannten Fristen abläuft oder
- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person folgt (gilt nur bei der UnfallrentePlus bis 60) oder
- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (gilt nur bei der UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung im Sinne der Ziffer 13.5 ergeben hat, dass die Leistungs-Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

4.3.2 Erneutes Auftreten einer Krebs-Erkrankung

Tritt eine Krebs-Erkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), nachdem innerhalb der Frist zur Neubemessung im Sinne der Ziffer 13.5 die Heilung vermutet und die Rentenzahlung deshalb vor Ablauf der maximalen Leistungsdauer eingestellt wurde, werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungs-Anspruch angerechnet. Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die erneut aufgetretene Krebs-Erkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.

4.3.3 Verschlechterung des Stadiums oder des Grads während der Leistungsdauer

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

4.3.4 Erneuter Leistungsfall

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

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

5 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeiten-Rente)

In Ergänzung zu Ziffer A.1.3 und A.1.4 GUB 2018 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Leistungsfall tritt ein, wenn während der Wirksamkeit der Gothaer UnfallrentePlus im Rahmen des Vertrags ein Unfall im Sinne der GUB 2018 oder eine erstmals auftretende und diagnostizierte Krankheit zu einem Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten führt und nach der unter Ziffer 5.2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Bewertungsskala ein Wert von mindestens 100 Punkten erreicht wird. Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt dabei nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit einmal besessen und sie nunmehr verloren hat. Er muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein, er ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

5.2 Bewertungsskala

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B

5.2.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

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

5.2.1.1 Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehvermögen liegt bei einer klinisch nachgewiesenen, irreversiblen und nicht therapierbaren Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition vor:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Gesichtsfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass ein Verlust des Sehvermögens gemäß dieser Definition nicht mehr besteht.

5.2.1.2 Verlust des Sprachvermögens

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprachvermögen liegt vor, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein Wort verständlich auszusprechen.

5.2.1.3 Verlust des Hörvermögens

Ein Verlust der Grundfähigkeit Hörvermögen liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Ohren irreversibel und nicht therapierbar einen Schallreiz unterhalb von 90 Dezibel nicht mehr hört.

5.2.1.4 Verlust der Orientierung

Ein Verlust der Grundfähigkeit Orientierung liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

5.2.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungs-Gruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss dauerhaft und irreversibel sein.

5.2.2.1 Obere Extremitäten

Verlust von Handfunktionen (34 Punkte)

Ein Verlust der Grundfähigkeit von Handfunktionen liegt **bei Erwachsenen und Jugendlichen** vor, wenn:

- die versicherte Person weder mit der linken noch mit der rechten Hand in der Lage ist, einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen oder
- sie Messer und Gabel nicht mehr gleichzeitig benutzen kann oder
- sie kleine Teile wie z. B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben kann oder
- sie weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg ausführen kann.

Ein Verlust der Grundfähigkeit von Handfunktionen liegt **bei Kindern** vor, wenn:

- die versicherte Person weder mit der linken noch mit der rechten Hand in der Lage ist, einen Mal-/Schreibstift zu benutzen oder
- sie nicht in der Lage ist, einen Schlüssel in ein Buntbartschloss einzuführen und das Buntbartschloss zu öffnen oder
- sie kleine Teile wie z. B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben kann oder
- sie weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen Faustschluss vollziehen und dabei ein Gewicht von 250 g halten kann.

Verlust der Grundfähigkeit Heben und Tragen (34 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit von Heben und Tragen liegt

- **bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem vollendeten 7. Lebensjahr** vor, wenn die versicherte Person weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm in der Lage ist, einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.
- **bei Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr** vor, wenn die versicherte Person weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm in der Lage ist, einen 1 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.
- **bei Kindern ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr** vor, wenn die versicherte Person weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm in der Lage ist, einen 0,5 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen (34 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen liegt **bei Erwachsenen** vor, wenn es der versicherten Person aufgrund der Einschränkung beider Arme nicht mehr möglich ist, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist ihr nicht möglich nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.

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

Ein Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen liegt **bei Kindern und Jugendlichen** vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist,

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

5.2.2.2 Untere Extremitäten

Verlust der Grundfähigkeit Treppen steigen
Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppen steigen liegt vor, wenn die versicherte Person eine Treppe mit 12 Stufen nicht mehr hinauf- oder hinabgehen kann, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen **(15 Punkte)**
- Treppe herunter gehen **(15 Punkte)**

Verlust der Grundfähigkeit Gehen (30 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

- Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen.
- Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

Verlust der Grundfähigkeit Stehen (30 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten lang zu stehen ohne sich abzustützen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

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

5.2.2.3 Wirbelsäule und Becken

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

Verlust der Grundfähigkeit sich erheben (20 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit sich erheben liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen, wobei die Füße beim Sitzen den Boden berühren.

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

Verlust der Grundfähigkeit Beugen (30 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit Beugen liegt bei

- Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem vollendeten 7. Lebensjahr vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.
- Kindern ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen Gegenstand von 1 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.
- Kindern ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen Gegenstand von 0,5 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 0,5 m hohen Tisch abzusetzen.

5.2.2.4 Verlust der Grundfähigkeit Mobilität (Auto fahren) (30 Punkte)
Ein Verlust der Grundfähigkeit Mobilität liegt vor, wenn der versicherten Person aus medizinischen Gründen die Fahrberechtigung entzogen worden ist.

- Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.
- Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B" – Stand 2005 – (Alt: Führerschein-Klasse III).
- Berufskraftfahrt-Berechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

6 Rentenleistung bei einer Pflege-Bedürftigkeit (Pflegerente)
In Ergänzung zu Ziffer A.1.3 und A.1.4 GUB 2018 leisten wir die vereinbarte Rente, wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist.

Eine Pflege-Bedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person mindestens ein Pflegegrad 3 im Sinne des SGB XI Stand 01.01.2018 anerkannt wurde. Zu den Pflegegraden in diesem Sinne vgl. §§ 14 und 15 SGB XI sowie die Anlagen 1 und 2 zu § 15 und die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflege zur Konkretisierung besonderer Bedarfskonstellationen in Pflegegrad 5, die im Anhang abgedruckt sind.

7 Rehamanagement
Als mitversichert gilt immer auch das Rehamanagement gemäß Ziffer A.2.21 GUB 2018.

Bei Krebs-Erkrankungen tritt der Leistungsfall im Sinne der Ziffer 4.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen ab dem Stadium bzw. Schweregrad II ein.

Abweichend von der Ziffer 4.1 hat die versicherte Person bereits Anspruch auf die Leistungen des Rehamanagements, wenn bei ihr eine Krebs-Erkrankung des Stadiums bzw. Schweregrads I attestiert wurde.

8 Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?
Auf die **Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)** wird die Ziffer A.5 GUB 2018 angewendet.

Nach der Ziffer A.5 GUB 2018 gilt:

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Grads der Invalidität

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Ist der Mitwirkungsanteil geringer als der in der jeweils vereinbarten Produktlinie für eine Minderung der Leistung vorgesehene Prozentwert, unterbleibt die Minderung.

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

Auf die

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) [Ziffer 3]
- Rentenleistung bei Krebs-Erkrankungen (Krebsrente) [Ziffer 4]
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeiten-Rente) [Ziffer 5]
- Rentenleistung bei einer Pflege-Bedürftigkeit (Pflegerente) [Ziffer 6]

wird die Ziffer A.5 GUB 2018 nicht angewendet, auch wenn bereits bestehende Krankheiten oder Gebrechen an den Beeinträchtigungen mitgewirkt haben.

9 Welche Wartezeiten müssen beachtet werden?
Für die Erbringung einer

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) [Ziffer 3]
- Rentenleistung bei Krebs-Erkrankungen (Krebsrente) [Ziffer 4]
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeiten-Rente) [Ziffer 5]
- Rentenleistung bei einer Pflege-Bedürftigkeit (Pflegerente) [Ziffer 6]

besteht für die Krankheiten

- Multiple Sklerose (MS) und
- Krebs

eine Wartezeit von 6 Monaten.

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

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

Für die

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

bestehen keine Wartezeiten

10 In welchen Fällen ist der Versicherungs-Schutz ausgeschlossen?

10.1 Bewusstseins-Störungen

In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.1.1 GUB 2018 gilt:

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

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

10.2 Straftaten

In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.1.2 der GUB 2018 gilt:

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

10.3 Krieg und Bürgerkrieg

In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.1.3 der GUB 2018 gilt:

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

Versicherungs-Schutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungs-Schutz erlischt am Ende der Frist, die nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält, in der jeweils vereinbarten Produktlinie (Gothaer Unfall Basis, Gothaer Unfall Plus oder Gothaer Unfall Premium) vorgesehen ist. Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der Versicherungs-Schutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teilregion des Staates, so gilt die Erweiterung nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

10.4 Luftfahrt

In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.1.4 GUB 2018 gilt:

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

- als Luftfahrzeug-Führer (auch Luftsportgeräte-Führer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungs-Mitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen

zustoßen, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

10.5 Fahrt-Veranstaltungen

In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.1.5 der GUB 2018 gilt:

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

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

Fahrten mit Go-Karts in Kartcentern sind mitversichert, allerdings nur dann, wenn die Go-Karts vom Kartcenter geliehen wurden, es sich um reine Freizeitfahrten handelt und diese nicht dem vereinsmäßigen Kartsport zuzurechnen sind.

10.6 Psychische Reaktionen
In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.2.1 GUB 2018 gilt:

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen sind nur dann vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen wenn diese durch einen Unfall im Sinne der GUB 2018 verursacht werden.

10.7 Schädigung der Gesundheit durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe
Der Ausschluss-Tatbestand der Ziffer A.4.2.2 GUB 2018 „Schädigung der Gesundheit durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i. S. d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

10.8 Infektionen
Der Ausschluss-Tatbestand der Ziffer A.4.2.3 GUB 2018 „Infektionen die nicht nach Ziffer A.1.4.4 GUB 2018 versichert sind“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i. S. d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungs-bedingungen.

10.9 Vergiftungen
Der Ausschluss-Tatbestand der Ziffer A.4.2.4 GUB 2018 „Vergiftungen aufgrund der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i. S. d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt der Einnahme das 14. Lebensjahr bereits vollendet hatten.

10.10 Kernenergie
In teilweiser Abänderung der Ziffer A.4.2.5 GUB 2018 gilt:

Unfälle und daraus resultierende Krankheiten, sowie Krankheiten, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

10.11 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen
Der Ausschluss-Tatbestand der Ziffer A.4.2.6 GUB 2018 „Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i. S. d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

10.12 Bauch- oder Unterleibsbrüche
Der Ausschluss-Tatbestand der Ziffer A.4.2.7 GUB 2018 „Bauch- oder Unterleibsbrüche“ gilt nur für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) i. S. d. Ziffer 2 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willens-Bestimmung (-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir die Rentenleistung bei Vorliegen einer der in den Ziffern 2 bis 7 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen erbringen.

Der Leistungsfall

11 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

11.1 Obliegenheiten nach einem Unfall
Nach einem Unfall im Sinne der GUB 2018 gelten die Regelungen der Ziffer B.3 GUB 2018 uneingeschränkt.

11.2 Obliegenheiten im Falle von Beeinträchtigungen durch Krankheiten
Sobald eine Beeinträchtigung im Sinne der jeweiligen Rente (siehe hierzu Ziffer 3 bis 6) vorliegen könnte, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

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

11.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.
Wird bei Selbständigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 2 % der versicherten monatlichen Rente, höchstens jedoch 200 Euro beträgt.

12 **Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
Die in Ziffer B.4 GUB 2018 genannten Folgen gelten für die Nichtbeachtung der unter Ziffer 11 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Obliegenheiten analog.

13 **Wann sind die Leistungen fällig?**
Welche Pflichten bestehen für Sie während der Rentenleistung?

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

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

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

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

13.1.2.1 Rente bei Organschäden (Organrente)

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

13.1.2.2 Rente bei Organschäden (Organrente)

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

13.1.2.3 Rente bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeiten-Rente)

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

13.1.2.4 Rente bei Pflege-Bedürftigkeit (Pflegerente)

- Ärztliches Gutachten, welches die Einstufung der versicherten Person in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI belegt.

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

13.3 Der Anspruch auf eine Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine versicherte Rentenart vorliegen. Für die Höhe der Rente ist es unerheblich, welche, oder wie viele Rentenarten zutreffen.

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

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

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

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

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

Die Versicherungs-Dauer

14 **Wann beginnt und wann endet der Versicherungs-Schutz?**

14.1 **Beginn des Versicherungs-Schutzes**
Für den Beginn des Versicherungs-Schutzes gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus die Bestimmungen der Ziffer B.6.1 GUB 2018.

14.2 **Dauer und Ende des Versicherungs-Schutzes**
Für die Dauer und das Ende des Versicherungs-Schutzes gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus **grundsätzlich** die Bestimmungen der Ziffer B.6.2 GUB 2018.
Der Versicherungs-Schutz im Rahmen dieser Besonderen Versicherungsbedingungen endet je nach gewählter Rentenlaufzeit spätestens zum Ende des Versicherungs-Jahres, in dem die versicherte Person entweder das 60. Lebensjahr (Gothaer UnfallrentePlus 60) oder das 67. Lebensjahr (Gothaer UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung und Gothaer UnfallrentePlus lebenslang) vollendet oder nach Zahlung der ersten Rentenleistung. **Handelt es sich hierbei allerdings um eine Rentenleistung bei Krebs-Erkrankungen (Krebsrente) aufgrund des Stadiums oder Grads II oder III gemäß der Ziffer 4, so bleibt der Versicherungs-Schutz während unserer Rentenleistung ohne Beitragszahlung bestehen.**

14.3 Kündigung im Leistungsfall
Für die Kündigung im Leistungsfall gelten auch für die Gothaer UnfallrentePlus die Bestimmungen der Ziffer B.6.3 GUB 2018.

14.4 Reaktivierung des Versicherungs-Schutzes
Sofern eine Neubemessung gemäß Ziffer 13.5 ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, so wird die Rentenzahlung eingestellt. Innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Rentenzahlung haben Sie das Recht, den Versicherungs-Schutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung rückwirkend zum Ende der Rentenzahlung ohne erneute Gesundheits-Prüfung zu reaktivieren.

14.5 Leistungsfälle nach Wirksamkeit der Kündigung durch die Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Haben wir den Versicherungs-Vertrag gemäß Ziffer B.6.2 GUB 2018 gekündigt, werden wir gleichwohl auch für Leistungsfälle leisten, die nach dem Ende des Vertrags eintreten, wenn während der Vertragslaufzeit eine Krankheit diagnostiziert wurde, die bei Vertrags-Beendigung noch nicht die Leistungs-Voraussetzungen erfüllt, sich aber nach Vertrags-Beendigung derart weiterentwickelt, dass erstmals innerhalb von 3 Jahren nach Vertrags-Beendigung die Leistungs-Voraussetzungen vollständig erfüllt sind. Dasselbe gilt für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge eines Unfalls im Sinne der GUB 2018.

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

Derartige Leistungsfälle sind uns innerhalb von 3 Jahren und 3 Monaten nach dem Ende des Vertrags oder dem Ausschluss der Gothaer UnfallrentePlus aus dem Vertrag anzuzeigen.

Der Versicherungs-Beitrag

15 Wie sich der Beitrag mit dem Lebensalter der versicherten Person entwickelt
Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Lebensalter der versicherten Person zu Beginn des ersten und jeden weiteren Versicherungs-Jahres.

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

16 Beitragsanpassungs-Klausel

a. Prüfung der Beiträge
Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungs-Verträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, alle fünf Jahre – erstmalig am 01.01.2024 – durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

b. Regeln der Prüfung
Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

(1) Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Der Versicherer wendet darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungs-Mathematik und Versicherungs-Technik an.

(2) Versicherungs-Verträge, die nach versicherungs-mathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.

(3) Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich
- die technischen Berechnungs-Grundlagen (z.B. Sterbetafeln, Krankenhaus-Statistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schaden-Aufwendungen,
- die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungs-Grundlagen kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schaden-Aufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitrags zu- und -abschläge bleiben außer Betracht.

(4) Von einer Beitrags-Anpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungs-Leistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(5) Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u. a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Verfügung gestellt.

c. Beitragserhöhung und Beitragsermäßigung
Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 % (Bagatellgrenze) ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungs-Jahres anzupassen.

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

d. Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Verträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungs-Merkmale und den gleichen Umfang des Versicherungs-Schutzes, kann der Versicherer für die

bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

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

f. Einbindung eines Treuhänders
Der Versicherer ist zu einer Anpassung der Beiträge nur berechtigt, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Beitrags-Kalkulation und die Voraussetzungen a. bis e. überprüft sowie ihre Angemessenheit und Erforderlichkeit bestätigt hat.

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

17 Beitragsfreistellung im Leistungsfall

Sobald wir Ihren Anspruch auf Rentenleistung anerkennen, stellen wir Sie zu dem in Ziffer 13.3 genannten Zeitpunkt von der Beitragszahlung frei.

Zwischenzeitlich zu viel geleistete Beitragszahlungen erstatten wir Ihnen zurück.

Mit einer Reaktivierung des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 14.4 endet jedoch diese Beitragsfreistellung.

Die Versicherungs-Summe

18 Erhöhung der Versicherungs-Summe (Erhöhungs-Garantie)

Stellen Sie während der Wirksamkeit der Gothaer Unfallrente-Plus im Rahmen des Vertrags einen Antrag auf Erhöhung der Versicherungs-Summe für die monatliche Rentenleistung, so verzichten wir auf eine erneute Gesundheits-Prüfung (Erhöhungs-Garantie).

Die Erhöhungs-Garantie setzt folgendes voraus:

- die versicherte Person ist nicht älter als 40 Jahre
- ein Leistungsfall im Sinne der Ziffern 2 bis 6 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen ist noch nicht eingetreten

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

Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Ausschluss-Klauseln oder Risikozuschläge) finden weiterhin Anwendung.

Anhang zu den „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus“

Die Entwicklung der Beitragssätze mit dem Lebensalter der versicherten Person

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

Die Gothaer UnfallrentePlus wird in der Tabelle mit URP abgekürzt!

	URP bis zum vollendeten 60. Lebensjahr		URP lebenslang		URP bis zum vollendeten 67. Lebensjahr mit Kapital-Schlussleistung	
Alter	Ohne Passiv-dynamik	Mit 1,5 % Passiv-dynamik	Ohne Passiv-dynamik	Mit 1,5 % Passiv-dynamik	Ohne Passiv-dynamik	Mit 1,5 % Passiv-dynamik
1 - 17	1,07	1,45	1,24	1,84	1,20	1,76
18 - 32	1,49	1,82	1,84	2,63	1,84	2,36
33	1,49	1,82	1,85	2,63	1,85	2,36
34	1,49	1,82	1,99	2,63	1,85	2,36
35	1,52	1,82	2,09	2,63	1,88	2,36
36	1,62	1,82	2,26	2,82	2,03	2,39
37	1,73	1,89	2,43	3,01	2,17	2,54
38	1,83	2,00	2,61	3,22	2,32	2,70
39	1,94	2,10	2,79	3,42	2,47	2,85
40	1,99	2,15	2,91	3,53	2,56	2,93
41	2,12	2,27	3,13	3,79	2,74	3,13
42	2,26	2,40	3,38	4,06	2,95	3,33
43	2,40	2,53	3,66	4,37	3,16	3,56
44	2,54	2,68	3,97	4,72	3,40	3,81
45	2,64	2,76	4,20	4,96	3,58	3,97
46	2,80	2,90	4,56	5,36	3,85	4,25
47	2,95	3,05	4,96	5,80	4,14	4,55
48	3,12	3,21	5,41	6,30	4,47	4,87
49	3,29	3,36	5,90	6,84	4,82	5,22
50	3,38	3,43	6,27	7,22	5,08	5,47
51	3,51	3,55	6,83	7,82	5,45	5,83
52	3,60	3,61	7,39	8,43	5,79	6,16
53	3,64	3,64	8,00	9,09	6,13	6,48
54	3,64	3,62	8,67	9,82	6,48	6,81
55	3,55	3,51	9,15	10,29	6,72	7,02
56	3,45	3,40	9,99	11,20	7,11	7,38
57	3,26	3,20	10,98	12,26	7,52	7,77
58	2,37	2,32	12,15	13,53	7,97	8,18
59	0,95	0,93	13,48	14,96	8,39	8,56
60			14,41	15,87	8,60	8,73
61			15,96	17,53	8,82	8,91
62			17,56	19,24	8,81	8,85
63			19,13	20,92	8,52	8,52
64			20,75	22,64	7,90	7,87
65			21,58	23,38	5,55	5,51
66			23,22	25,10	2,23	2,21

[Leistungsdynamik] (Nr. 104)
Nach Eintritt eines Leistungsfalls wird die vereinbarte monatliche Gothaer UnfallrentePlus jährlich angepasst

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

A.7.3.3 Besondere Bedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus bis 67 mit Kapital-Schlussleistung (Nr. 112)
Nach Eintritt eines Leistungsfalls im Sinne der Ziffern 2 bis 6 der Besonderen Versicherungsbedingungen zur Gothaer UnfallrentePlus 2018 (Nr. 103), zahlen wir die vereinbarte monatliche Rente bis zum Ende des Versicherungs-Jahres, in welchem die versicherte Person 67 Jahre alt wird.

Verstirbt die versicherte Person vor diesem Zeitpunkt, zahlen wir die vereinbarte monatliche Rente nur bis zum Ende des Monats, in welchem sie stirbt.

Zahlen wir die Rente bis zum Ende des Versicherungsjahres, in welchem die versicherte Person 67 Jahre alt wird, zahlen wir zu diesem Zeitpunkt darüber hinaus einmalig ein zusätzliches Kapital, die sogenannte Kapital-Schlussleistung, in Höhe von 20 % der insgesamt gezahlten monatlichen Renten.

A.7.4 Erweiterungen für Heilberufe

A.7.4.1 Besondere Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin, für Zahnärzte, für Masseure, für Krankengymnasten und Physio-Therapeuten [UIVGT] (Nr. 72)
In Abänderung von Ziffer A.2.1.2.2.1 der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) gelten als feste Grade der Invalidität – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

a)	eines Armes oder einer Hand	100 %
	eines Daumens oder Zeigefingers	60 %
	eines anderen Fingers	20 %
b)	eines Beines oder Fußes	80 %
	einer großen Zehe	15 %
	einer anderen Zehe	5 %
c)	eines Auges	80 %
	des Gehörs auf beiden Ohren	80 %

A.7.5 Das Tagegeld Spezial

A.7.5.1 Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial (Nr. 69)
Ziffer A.2 der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) wird wie folgt erweitert:

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

A.7.6 Die Hilfs- und Pflegeleistungen

A.7.6.1 Besondere Versicherungsbedingungen für den Baustein Cura-Plus 2018 (Nr. 95)
Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für den Baustein Cura-Plus“ werden nur dann Vertragsgrundlage, wenn Sie diese vereinbart haben. Dies geht aus dem von Ihnen gestellten Antrag und aus dem Versicherungs-Schein hervor.

Die „Besonderen Versicherungsbedingungen für den Baustein Cura-Plus“ ergänzen die Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018).

A.7.6.1.1 Der Versicherungs-Umfang bei Hilfs- und Pflegeleistungen
Organisation und Übernahme von Hilfsleistungen
Die nachfolgenden Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht. Die Kosten tragen wir.

Voraussetzungen für die Leistungen
Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne der GUB 2018 erlitten und ist aufgrund des Unfalls hilfebedürftig. Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie für die Verrichtung des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft) überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der konkrete Hilfebedarf wird im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch den Dienstleister vor Ort festgestellt. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslands-Aufenthalts die Leistungen nicht beansprucht werden.

Dauer der Leistungen

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfs-Bedürftigkeit erbracht, längstens jedoch für 6 Monate. Der Anspruch entsteht nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschluss-Behandlung. Dies gilt nicht für die Organisation von Vermittlungs-Leistungen. Dieser Anspruch entsteht bereits mit Eintritt des Unfalls.

Umfang der Leistung

Je nach Umfang der Hilfs-Bedürftigkeit werden für die Zeit von bis zu 6 Monaten, folgende Leistungen durch einen Dienstleister erbracht:

- Erstgespräch
- Haus-Notrufdienst
- Mahlzeiten-Dienst
- Wohnungs-Reinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflege der Wäsche und Kleidung
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden
- Fahrdienst zu Krankengymnastik oder zu Therapien
- Pflegeschulung für Angehörige
- Grundpflege
- Pflegeberatung
- 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten
- Vermittlung von Pflege-Hilfsmitteln
- Tag- und Nachtwache
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
- Vermittlung des Umbaus der Wohnung
- Vermittlung des Hausmeisterservice
- Benennung von Hospizplätzen
- Vermittlung eines mobilen Service für Nagel-/Fußpflege oder eines Friseurs
- Vermittlung eines Pflegeplatzes (Pflegeplatzgarantie)
- Vermittlung eines Umzugsservice
- Versorgung von Angehörigen der versicherten Person einschließlich Kinderbetreuung

Die einzelne Leistung wird nachfolgend beschrieben.

Erstgespräch

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

Haus-Notrufdienst

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

Mahlzeiten-Dienst

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

Wohnungs-Reinigung

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

Besorgungen und Einkäufe

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

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege. Der Zeitaufwand hierfür kann wöchentlich bis zu 4 Stunden betragen.

Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

Pflegeschulung für Angehörige
Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

Grundpflege
Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 2 Stunden täglich betragen.

24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten
Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflege-Notrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischickt. Dies gilt für die Dauer von 4 Wochen.

Pflegeberatung
Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflege-Bedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflege-Hilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflege-Versicherung oder Pflegekasse informiert und beraten. Der Zeitaufwand hierfür kann bis zu 3 Stunden betragen.

Vermittlung von Pflege-Hilfsmitteln
Die erforderlichen Pflege-Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Tag- und Nachtwache
Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

Vermittlung einer Tierbetreuung
Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung des Umbaus der Wohnung
Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines Hausmeisterservice
Der versicherten Person wird ein Hausmeisterservice zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. für die Gartenpflege oder den Winterdienst) vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Benennung von Hospizplätzen
Der versicherten Person werden Einrichtungen mit Hospizplätzen benannt. Die Kosten für den Aufenthalt in einer solchen Einrichtung gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines mobilen Service für Nagel-/Fußpflege oder eines Friseurs
Der versicherten Person wird, sofern örtlich verfügbar, einmal pro Monat ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Vermittlung eines Pflegeplatzes (Pflegeplatzgarantie)
Wir garantieren die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizid-gefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt; hierauf besteht aber kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung, gehen zu Lasten der versicherten **Vermittlung eines Umzugsservice**

Der versicherten Person wird ein Umzugsunternehmen zur Durchführung ihres unfallbedingten Umzugs (ggf. inklusive Möbeleinlagerung oder Wohnungsauflösung) vermittelt. Kosten, die über die reine Vermittlungs-Leistung hinausgehen, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Versorgung von Angehörigen der versicherten Person

Handelt es sich bei der hilfebedürftigen versicherten Person um die Person, die den Haushalt versorgt oder mitversorgt, so werden die nachfolgenden Leistungen bei Bedarf auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, der eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschafts-Gesetzes, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, Kinder [Als Kinder gelten die leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder]) erbracht:

- Mahlzeiten-Dienst
- Wohnungs-Reinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche

Kinderbetreuung
Handelt es sich bei der versicherten Person um die Person, die im Regelfall ihre Kinder betreut (als Kinder gelten die leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder), organisieren wir eine Kinderbetreuung und übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

Voraussetzung hierfür ist, dass die zu betreuenden Kinder noch keine 14 Jahre alt sind.

Die Betreuung umfasst unter anderem die Begleitung auf Hin- und Rückweg zur Schule oder zum Kindergarten, die Hausaufgabenbetreuung und die Freizeitgestaltung.

Die Betreuung wird bis zu 8 Stunden pro Tag zwischen 06:00 Uhr und 22:00 Uhr erbracht. In Notfällen auch bis zu 24 Stunden pro Tag. Als Notfall gilt der Zeitraum von 48 Stunden nach dem Unfallereignis ohne anderweitige Kinderbetreuung.

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

A.7.6.1.2 Zusätzliche Leistungen für Senioren

Ist die versicherte Person mindestens 67 Jahre alt, so gelten folgende Leistungen zusätzlich:

Schädigung der Gesundheit durch Eigenbewegung
In Abänderung der Ziffer A.1.4.1.2 GUB 2018 gilt es auch als Unfall, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden.

Schmerzensgeld bei Oberschenkelhals-Bruch nach einem Unfall
Die versicherte Person hat durch einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne der GUB 2018 einen Oberschenkelhals-Bruch erlitten.

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

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

Bewusstseins-Störungen durch Medikamente
In Abänderung der Ziffer A.4.1.1.1 GUB 2018 sind Unfälle infolge von Bewusstseins-Störungen mitversichert, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden.

Bewusstseins-Störungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall
In Abänderung der Ziffer A.4.1.1.2 GUB 2018 sind Unfälle infolge von Bewusstseins-Störungen mitversichert, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht werden.

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

Versicherungs-Schutz für Enkel in Obhut der Großeltern
Befindet sich ein Enkelkind unter 12 Jahren in der Obhut der versicherten Großeltern, so ist es mit folgenden Leistungen gegen Unfälle im Sinne der GUB 2018 versichert:

- Invalidität (UI) mit 50.000 Euro
- Tod (UT) mit 5.000 Euro

Gleiches gilt für Urenkel in der Obhut der versicherten Urgroßeltern.

Die Obhut durch ein Großelternteil oder ein Urgroßelternteil ist ausreichend.

Übernahme der Rezeptgebühren
Wir übernehmen die gesetzliche Zuzahlung (Rezeptgebühr) bei Medikamenten, die aufgrund eines Unfalls ärztlich verordnet wurden.

Dass die Medikamente aufgrund des Unfalls verordnet wurden, hat die versicherte Person uns gegenüber nachzuweisen.

A.7.7 Besonderheiten zur Senioren-Unfall-Versicherung

A.7.7.1 Besondere Bedingungen für die Integralfranchise zur Senioren-Unfall-Versicherung (Nr. 98)

Führt ein Unfall im Sinne der Gothaer Unfall-Versicherungsbedingungen (GUB 2018) nach der Ziffer A.2.1 GUB 2018 unter Berücksichtigung der Ziffer A.5 GUB 2018 zu einem Grad der Invalidität von weniger als 26 %, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditäts-Leistung.

Ergibt sich ein Grad der Invalidität von mindestens 26 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamt-Invalidität.

A.7.8 Anpassung von Leistung und Beitrag in der Unfall-Versicherung

A.7.8.1 Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung (5 oder 10 %) von Leistung und Beitrag – Summendynamik (Nr. 99)

1. Die Versicherungs-Summen werden jährlich um jeweils . . . % erhöht. Dabei werden die Versicherungs-Summen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 Euro, für die Gothaer Unfallrente Plus auf 10 Euro, für Tagegeld, Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld auf 1 Euro aufgerundet. Die Versicherungs-Summen für die Leistungsarten Invaliditäts-Rente, Bergungskosten, kosmetische Operationen bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungs-Summen.
2. Die Erhöhung der Versicherungs-Summen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungs-Jahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungs-Jahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungs-Summen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungs-Summen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungs-Jahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungs-Schein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungs-Summen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungs-Jahres schriftlich widerrufen.
6. Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine der nachfolgend genannten Versicherungs-Summen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungs-Summe und des Beitrags mehr vorgenommen:

Leistungsart	in EUR
Invalidität	2.000.000
Invalidität mit Progression 225 %	890.000
Invalidität mit Progression 300 %	670.000
Invalidität mit Progression 350 %	575.000
Invalidität mit Progression 600 %	335.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte	750.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 225 %	250.000
Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte mit Progression 350 %	250.000
Gothaer UnfallrentePlus	3.000
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	160.000
Unfalltod	1.600.000
Übergangsleistung	160.000
Erweiterte Übergangsleistung	160.000
Krankenhaus-Tagegeld	200
Genesungsgeld	200
Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld mit erweitertem Genesungsgeld	200
Tagegeld (TG)	200
Tagegeld Spezial (TGsp)	200

A.7.9 Erweiterter Versicherungs-Schutz für das aktive Luftfahrtrisiko

A.7.9.1 Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfall-Versicherung von privaten Führern und nicht beruflichen Fluglehrern von Luftfahrzeugen (Nr. 106)

Versichert sind auch Unfälle, die die versicherte Person als nicht beruflicher Führer oder Fluglehrer von Flugzeugen, Drehflüglern, Motorseglern oder Segelflugzeugen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb des Luftfahrzeugs und/oder als mitfliegende Person in den vorgenannten Luftfahrzeugen vom Besteigen bis zum Verlassen des Luftfahrzeugs erleidet.

In die Versicherung eingeschlossen sind Unfälle beim Ein- und Aussteigen.

A.7.9.2 Besondere Bedingungen für die namentliche Luftfahrt-Unfall-Versicherung von beruflich an Bord eines Luftfahrzeugs tätigen Personen (Nr. 107)

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

Teil B – Der allgemeine Teil

B.1 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

B.1.1 Die Gefahrengruppen

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. In unserem Berufsgruppenverzeichnis unterteilen wir die Berufe in die 5 Gefahrengruppen A und B1 bis B4.

In die Gefahrengruppe A werden Personen ohne körperliche oder handwerkliche Tätigkeit oder einem Anteil dieser Tätigkeiten von nicht mehr als 20 % der beruflichen Arbeitszeit eingestuft.

In die Gefahrengruppen B1 bis B4 werden Personen mit einem Anteil an körperlicher oder handwerklicher Tätigkeit von mehr als 20 % der beruflichen Arbeitszeit eingestuft.

Außerhalb des Berufsgruppenverzeichnisses kennen wir noch 2 weitere Gefahrengruppen, nämlich

die Gefahrengruppe Kinder

- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
  und

die Gefahrengruppe S

- alle Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr unabhängig der evtl. noch ausgeübten Berufstätigkeit

B.1.2 Mitteilung der Änderung

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

Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. der Bundesfreiwilligendienst) gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung.

B.1.3 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungs-Summen, gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

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

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungs-Schutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitrags-Berechnung erfolgt nachträglich.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungs-Summen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

B.1.4 Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der versicherten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die gemäß Ziffer B.1.3 entweder niedrigere Versicherungs-Summen oder aber höhere Beiträge zu berechnen wären, so unterbleibt eine solche Berechnung, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Hierzu ein Beispiel:
Ein Dachdecker-Meister, der seinen Betrieb ansonsten nur kaufmännisch führt (Gefahrengruppe A), springt für einen plötzlich erkrankten Gesellen ein, damit ein Auftrag fristgerecht erledigt wird. Er deckt zusammen mit seinen übrigen Gesellen ein Dach, und er übt damit eine Tätigkeit der Gefahrengruppe B4 aus. Nach Erledigung des Auftrags kehrt er an seinen Schreibtisch zurück und geht seiner kaufmännischen Tätigkeit weiter nach.

Die Berechnung gemäß Ziffer B.1.3 unterbleibt auch dann, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Hierzu ein Beispiel:
Ein Dachdecker-Meister, der seinen Betrieb ansonsten nur kaufmännisch führt (Gefahrengruppe A), prüft regelmäßig die Dächer, die von seinen Gesellen gedeckt worden sind, hinsichtlich möglicher Fehler. Hierzu muss er diese Dächer notwendigerweise besteigen und den einen oder anderen Dachziegel entfernen und ersetzen.

Eine in regelmäßigen Abständen ausgeübte Sondergefahr ist uns mitzuteilen.

B.1.5 Nach unseren Tarifen nicht versicherbare Berufe

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungs-Schutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt,

- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.

Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist, oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.

B.2
Was gilt bei militärischen Einsätzen und freiwilligem Wehrdienst bzw. militärischen Reserveübungen und befristeten freiwilligen sozialen Diensten?

B.2.1
Dienst in einer militärischen Einheit

Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungs-Schutz weiter.

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegs-Ereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungs-Schutz ausgeschlossen.

B.2.2
Freiwilliger Wehrdienst bzw. militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste

Leistet die versicherte Person freiwilligen Wehrdienst oder befristeten sozialen Dienst (z. B. Bundesfreiwilligendienst) oder nimmt sie an militärischen Reserveübungen teil, ist eine Mitteilung nach Ziffer B.1 nicht erforderlich.

Der Leistungsfall

B.3
Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)

Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Fristen und Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten, die in Ziffer A.2 geregelt sind.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

B.3.1

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

B.3.2

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus erbetene sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

B.3.3

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entstanden ist.

Wird bei Selbständigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag, der 1/5‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200 Euro beträgt.

B.3.4

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

B.3.5

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb der je Produktlinie vorgesehenen Frist zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt erst, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod der betreffenden versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfall-Ursächlichkeit haben.

Soweit es zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Produktlinie	Meldefrist
Gothaer Unfall Basis	7 Tage
Gothaer Unfall Plus	14 Tage
Gothaer Unfall Premium	14 Tage

B.3.6

Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben Ihnen nach Maßgabe des § 47 VVG 2008 auch die versicherte Person verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in seiner Person entstehen können (auch im Hinblick auf Ziffer B.8 GUB 2018).

B.4
Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer B.3 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungs-Schutz.

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 (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungs-Schutz bestehen.

Der Versicherungs-Schutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungs-Falls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheits-Verletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

B.5
Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungs-Falls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

B.5.1
Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei unseren Invaliditäts-Leistungsarten (Invaliditäts-Leistung linear, Invalidität mit 350 %iger Progressions-Staffel – Besondere Bedingungen Nr. 62, Invalidität mit 600 %iger Progressions-Staffel – Besondere Bedingungen Nr. 82) und unseren Rentenleistungsarten (Lebenslange Invaliditäts-Rente – Besondere Bedingungen Nr. 96, Invaliditäts-Rente bis 67 - Besondere Bedingungen Nr. 105) beträgt die Frist drei Monate. Auch bei der Gothaer UnfallrentePlus beträgt die Frist drei Monate (siehe Ziffer 13.1 der Besondere Bedingungen Nr. 103).

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei den Invaliditäts-Leistungsarten und den Rentenleistungsarten zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Grads der Invalidität notwendig ist.

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

B.5.2
Fälligkeit der Leistung

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

B.5.3
Vorschüsse

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

Hierzu ein Beispiel:
Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditäts-Leistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

B.5.4
Sofortiger Vorschuss bei schwerwiegenden Unfall-Verletzungen (Vorschuss-Leistung)

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

Die Höhe des prozentualen sofortigen Vorschusses ergibt sich aus der jeweiligen Produktlinie.

Besteht für die versicherte Person allerdings aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist der sofortige Vorschuss auf die vereinbarte Versicherungs-Summe für den Todesfall begrenzt.

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

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

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

Produktlinie	Prozentualer Vorschuss
Gothaer Unfall Basis	20 %
Gothaer Unfall Plus	30 %
Gothaer Unfall Premium	40 %

B.5.5
Neubemessung des Grads der Invalidität

Nach der Bemessung des Grads der Invalidität können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist für Sie und uns von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditäts-Leistung als wir sie bereits erbracht haben, so ist der Mehrbeitrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungs-Dauer

B.6
Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

B.6.1
Beginn des Versicherungs-Schutzes

Der Versicherungs-Schutz beginnt zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich im Sinne von Ziffer B.7.2.1 zahlen.

B.6.2
Dauer und Ende des Vertrags

B.6.2.1 **Vertragsdauer**
Der Vertrag ist für die im Versicherungs-Schein angegebene Zeit abgeschlossen.

B.6.2.2 **Stillschweigende Verlängerung**
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht

- Ihnen oder uns
- spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Versicherungs-Dauer
- eine Kündigung zugegangen ist.

B.6.2.3 **Vertrags-Beendigung**
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungs-Jahres zugegangen sein.

B.6.3
Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung in Textform beenden, wenn

- wir eine Leistung erbracht, oder
- Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung zugegangen sein.

Im Falle eines Rechtsstreits muss die Kündigung spätestens einen Monat nach

- Klagerücknahme,
- Anerkenntnis,
- Vergleich oder
- Rechtskraft des Urteils

in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungs-Jahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

B.6.4
Versicherungs-Jahr

Das Versicherungs-Jahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Dauer des Vertrags nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungs-Jahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungs-Jahre, bis zum vereinbarten Ablauf des Vertrags, sind jeweils ganze Jahre.

B.7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

B.7.1 Beitrag und Versicherungsteuer

B.7.1.1 Beitragszahlung und Versicherungs-Periode

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge im Voraus gezahlt. Die Zahlung erfolgt entweder monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.

Die Versicherungs-Periode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Dauer des Vertrags länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrags kürzer als ein Jahr, entspricht die Versicherungs-Periode der Dauer des Vertrags.

B.7.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

B.7.2.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags

Der erste Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungs-Scheins fällig.

B.7.2.2 Späterer Beginn des Versicherungs-Schutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungs-Schutz erst ab diesem Zeitpunkt. Voraussetzung hierfür ist, dass wir Sie durch

- gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungs-Schein

auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B.7.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

B.7.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

B.7.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.

B.7.3.2 Verzug

Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin

- die rückständigen Beträge des Beitrags
- sowie die Zinsen
- und Kosten

im Einzelnen beziffern.

Darüber hinaus müssen wir die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern B.7.3.3 und B.7.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

B.7.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie den Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungs-Aufforderung ist nur wirksam, wenn Sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer B.7.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

B.7.3.4 Verlust des Versicherungs-Schutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Beitrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungs-Schutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungs-Schutz.

B.7.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

B.7.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Haben wir mit Ihnen die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate im Verzug sind.

Ferner können wir von Ihnen für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

B.7.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertrags-Beendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungs-Schutz bestanden hat.

Weitere Bestimmungen

B.8 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

B.8.1 Fremd-Versicherung

Eine Fremd-Versicherung besteht, wenn Sie die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen haben, die einem anderen zustoßen. In diesem Fall 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.

B.8.1.1 Fremd-Versicherung für fremde Rechnung

Die Fremd-Versicherung kann von Ihnen für Rechnung der versicherten Person abgeschlossen sein (Fremd-Versicherung für fremde Rechnung). Ist dies der Fall, so steht die Leistung nicht Ihnen, sondern der versicherten Person zu. Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen, oder ob wir dieses für Sie übernehmen.

B.8.1.2 Fremd-Versicherung für eigene Rechnung

Die Fremd-Versicherung kann von Ihnen auch für eigene Rechnung abgeschlossen werden (Fremd-Versicherung für eigene Rechnung). Ist dies der Fall, so steht die Leistung Ihnen zu. Die Fremd-Versicherung für eigene Rechnung ist nur dann wirksam, wenn die versicherte Person ihre schriftliche Einwilligung gegeben hat.

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

B.8.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

B.8.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungs-Vertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

B.8.4 Erfüllung von Obliegenheiten

Bezüglich der Erfüllung von Obliegenheiten weisen wir auf die Ziffer B.3.6 hin.

B.9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat Ihre Verletzung?

B.9.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Erklärung zum Vertrag 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 Erklärung zum Vertrag,
- aber vor unserer Annahme des Vertrags

Fragen im Sinne des Satz 1 in Textform stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem wir ausdrücklich und schriftlich gefragt haben, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.

B.9.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflicht-Verletzung

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

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

B.9.2.1 Rücktritt

B.9.2.1.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungs-Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

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

B.9.2.1.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Recht zum Rücktritt 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.

B.9.2.1.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungs-Schutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungs-Falls zurück, dürfen wir den Versicherungs-Schutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass

- der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand
- weder für den Eintritt des Versicherungs-Falls
- noch für die Feststellung
- oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungs-Schutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktritts-Erklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

B.9.2.2 Kündigung oder rückwirkende Anpassung des Vertrags

Ist unser Recht zum Rücktritt ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungs-Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

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

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

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

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Haben Sie die Pflicht-Verletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungs-Periode Bestandteil des Vertrags.

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

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

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

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

B.9.2.3 Anfechtung

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

B.10 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

B.10.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungs-Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Ihren / wir den unseren Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangen oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müssten (§§ 195, 199 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren die An-sprüche in jedem Fall in zehn Jahren von ihrer Entstehung an.

B.10.2 Aussetzung der Verjährung

Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungs-Vertrag bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

B.11 Welches Recht findet Anwendung? Wo sind die Gerichtsstände?

B.11.1 Anzuwendendes Recht

Auf das Versicherungs-Verhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

B.11.2 Gerichtsstände

Für Klagen aus dem Versicherungs-Vertrag **gegen uns** sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts

Für Klagen aus dem Versicherungs-Vertrag **gegen Sie** ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

B.12 Welche weiteren Bestimmungen müssen Sie beachten?

B.12.1 Anzeigen und Erklärungen

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungs-Schein oder aus dessen Nachträgen.

B.12.2 Änderung Ihrer Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

B.12.3
Änderung der Anschrift Ihres Gewerbebetriebs

Haben Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung des Gewerbebetriebs die Bestimmungen von Ziffer B.12.2 entsprechende Anwendung.

B.12.4
Betreuung durch einen Makler

Wird Ihr Versicherungs-Vertrag durch einen Makler betreut, ist dieser bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen von Ihnen entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervertrag verpflichtet, diese unverzüglich an uns weiterzuleiten.

B.13
Umstellung des Vertrags auf den Seniorentarif

B.13.1
Zeitpunkt der Umstellung

Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungs-Jahres fortgeführt, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Ab dem hierauf folgenden Versicherungs-Jahr ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem für dieses Lebensalter gültigen Tarif der Gothaer für Senioren (Gefahrengruppe S) ergibt.

Sie werden von uns spätestens einen Monat vor diesem Zeitpunkt über den veränderten Beitrag unterrichtet. Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungs-Schein.

B.13.2
Mit dem Lebensalter steigende Beiträge

Mit der Hauptfälligkeit, die auf das vollendete 68. Lebensjahr folgt, und mit jeder weiteren darauf folgenden Hauptfälligkeit, werden die zugrundeliegenden Beiträge um jeweils 5 % angehoben. Basis der Anhebung ist der Beitrag, der in dem vorhergehenden Versicherungs-Jahr galt.

B.13.3
Entfallende Leistungen

Nach der bedingungsgemäßen Umstellung des Vertrags auf den Tarif der Gothaer für Senioren im Sinne der Ziffer B.13 bieten wir für folgende Leistungsarten keinen Versicherungs-Schutz mehr:

- Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“
- Invalidität mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ in Verbindung mit der progressiven Invaliditäts-Staffel (350 %) im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel (350 %) [Nr. 62]“
- die Invaliditäts-Rente bis 67 im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Rente bis 67 (Nr. 105)“
- die Gothaer UnfallrentePlus im Sinne der „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Gothaer UnfallrentePlus (Nr. 103)“
- Unfalltagegeld

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

Hierzu ein Beispiel:
*Die zum Ende des Versicherungs-Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, geltende Versicherungs-Summe für **UIVGT** beträgt 100.000 Euro.*

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

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

Hierzu ein Beispiel:
Die zum Ende des Versicherungs-Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, geltende Basis-Versicherungs-Summe beträgt 100.000 Euro. Die Leistung bei Vollinvalidität (Grad der Invalidität von 100 %) beträgt 350.000 Euro.

Die Basis-Versicherungs-Summe von 100.000 Euro wird dann als Basis-Versicherungs-Summe einer Invalidität mit der progressiven Invaliditäts-Staffel (350 %) im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit progressiver Invaliditäts-Staffel (350 %) [Nr. 62]“ übernommen. Die Leistung bei Vollinvalidität (Grad der Invalidität von 100 %) beträgt dann nach wie vor 350.000 Euro. Die „Besonderen Bedingungen für die Invaliditäts-Leistung mit verbesserter Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT) [Nr. 72]“ ***gelten*** für die betreffende versicherte Person ***dann nicht mehr.***

Für die übrigen Leistungsarten

- Invalidität mit Progression 350 % (Besondere Bedingungen Nr. 62)
- Invalidität mit Progression 600 % (Besondere Bedingungen Nr. 82)
- Invaliditäts-Rente lebenslang (Besondere Bedingungen Nr. 96)
- Todesfall-Leistung
- Unfall-Krankenhaus-Tagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld Spezial (Besondere Bedingungen Nr. 69)
- Bergungskosten
- Kosmetische Operationen

gelten die Versicherungs-Summen, die zum Ende des Versicherungs-Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, gültig sind, fort.

Information zu Ihrem Gothaer Garantie-Paket

GDV Musterbedingungen und Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Unsere Versicherungsbedingungen (GUB 2018) zur:

- Gothaer Unfall Plus.
- Gothaer Unfall Premium.

entsprechen in Bezug auf

- den dargestellten Versicherungsschutz.
- die Leistungsinhalte

mindestens den vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft eV (GDV - www.gdv.de) empfohlenen

- Allgemeine Unfallversicherungbedingungen (AUB 2014), Stand März 2014.

Die bisherige Regelung:

- Ziffer 4 der GDV Bedingungen.

zu den nicht versicherbaren Personen wurde inzwischen vom GDV gestrichen.

In unseren Bedingungen ist diese nach wie vor enthalten.

Die bestehende Abweichung zu den GDV Musterbedingungen sehen wir grundsätzlich als Vorteil:

- Durch diese Regelung soll der Versicherte geschützt werden.
- Bei Schwer- und Schwerst-Pflege-Bedürftigen besteht die große Annahme: Der Versicherer erhält Prämien, ohne ein nennenswertes Risiko tragen zu müssen.
- Diese ist weitgehend eine Ausgestaltung des § 80 (früher § 68) VVG.

Im Einzelfall kann sich die Nicht Versicherbarkeit jedoch auch negativ für den Versicherten auswirken.

Auch erfüllen unsere GUB 2018 die vom „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ (www.beratungsprozesse.de) mit Stand vom 28.09.2015 empfohlenen einzelnen Leistungsinhalte.

Weichen unsere GUB 2018 zur:

- Gothaer Unfall Plus.
- Gothaer Unfall Premium

in Bezug auf:

- den dargestellten Versicherungsschutz
- die Leistungsinhalte.

zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den oben genannten:

- GDV Musterbedingungen
- Leistungsinhalten des „Arbeitskreises Beratungsprozesse“

ab, werden wir uns nicht darauf berufen. Bei der Regulierung werden wir die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden.

Werden nach Abschluss des Versicherungsvertrages neue

- GDV Musterbedingungen
- Risikoanalysen des „Arbeitskreises Beratungsprozesse“

herausgegeben, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

Innovationsklausel

Sofern unsere GUB 2018 zur Produktvariante:

- Gothaer Unfall Basis

oder

- Gothaer Unfall Plus

oder

- Gothaer Unfall Premium

ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert werden, gilt:

Die Vorteile sind in einem solchen Fall ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für alle Bestandsverträge der entsprechenden Produktvariante gültig, denen die GUB 2018 zugrunde liegen.

Information zu Ihren Extra-Services

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

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

Extra-Services für unterwegs

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

Services bei Fahrzeug-Ausfall

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

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

Traveller-Services

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

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

Gesundheits-Services

Damit Sie gut versorgt sind – wir helfen Ihnen:

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

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

Extra-Services für Ihr Zuhause

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

Handwerker-Services

Wir vermitteln Ihnen:

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

Dienstleister-Services

Wir vermitteln Ihnen:

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

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

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI), Stand 01.01.2018

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigun-

gen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 zu § 15 SGB XI Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesen-reinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer	0	1	2	3
	Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	Teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien. Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

			Anzahl der Maßnahmen		
Ziffer	**Kriterien in Bezug auf**	**entfällt oder selbständig**	**pro Tag**	**pro Woche**	**pro Monat**
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	**keine oder seltener als einmal täglich**	**mindestens einmal bis maximal dreimal täglich**	**mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich**	**mehr als achtmal täglich**
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

			Anzahl der Maßnahmen		
Ziffer	**Kriterien in Bezug auf**	**entfällt oder selbständig**	**pro Tag**	**pro Woche**	**pro Monat**
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung				
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	**keine oder seltener als einmal wöchentlich**	**ein- bis mehrmals wöchentlich**	**ein- bis unter dreimal täglich**	**mindestens dreimal täglich**
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben. Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe		Einzelpunkte
0	bis unter 4,3	0
4.3	bis unter 8,6	1
8,6	bis unter 12,9	2
12,9	bis unter 60	3
60 und	mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 SGB XI (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

	Module	0 Gewichtung	1 Keine	2 Geringe	3 Erhebliche	4 Schwere	Schwerste	
1	Mobilität	**10%**	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	**15%**	0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4	Selbstversorgung	**40%**	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54	Summe der Einzelpunkte im Module 4
			0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	**20%**	0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Einzelpunkte im Module 5
			0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	**15%**	0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7	Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						

Auszug aus den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
Konkretisierung besonderer Bedarfskonstellationen in Pflegegrad 5

Gemäß § 15 Abs. 4 SGB XI können Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

In Betracht kommen Pflegebedürftige, die rein nach Punkten den Pflegegrad 5 nicht erreichen würden, dieser aber aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung angemessen wäre. Als besondere Bedarfskonstellation ist nur die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine festgelegt. Hintergrund ist, dass die jeweiligen gesundheitlichen Probleme sich einer pflegefachlichen Systematisierung im neuen Begutachtungsinstrument entziehen. Trotz vollständiger Abhängigkeit von personeller Hilfe ist es möglich, dass bei diesem Personenkreis im Bereich der Module 2 und 3 keine und im Bereich des Moduls 6 Beeinträchtigungen nur im geringen Maß vorliegen, so dass die Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Notizen

Notizen

Gothaer
Allgemeine Versicherung AG
Hauptverwaltung
Gothaer Allee 1
50969 Köln

Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de