



**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
UND INFORMATIONEN**

**JANITOS
GRUPPENUNFALLVERSICHERUNG
ÖSTERREICH**

Stand 04.2013

Allgemeine Bedingungen zu Ihrer Janitos Gruppenunfallversicherung Österreich (Stand 01.04.2013)

Die Versicherungsdauer

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Die Versicherungsprämie

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

Weitere Bestimmungen

4. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
5. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
6. Altersumstellungen
7. Was müssen Sie bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Die Versicherungsdauer

1. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

1.1. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für die versicherte Person

1.1.1. Gruppenunfallversicherung mit Namensnennung

Der Versicherungsschutz für die im Versicherungsschein namentlich benannten Personen beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 2.3 der Allgemeinen Bedingungen zahlen.

Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zum bestehenden Vertrag anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits Versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beiträge geeinigt haben.

Wir haben das Recht, die Anmeldung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

1.1.2. Gruppenunfallversicherung ohne Namensnennung

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

Sie sind verpflichtet, uns die Anzahl der am 1.1. eines jeden Jahres versicherten Personen bis zum 1.2. des gleichen Jahres bekannt zu geben. Sind mehrere Personengruppen versichert, wird die Anzahl für jede Gruppe benötigt.

Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für das laufende Versicherungsjahr und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus der im Vertrag bezeichneten Gruppe ausscheidet.

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

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

1.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

- a) Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- b) Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- c) Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- d) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder einzelne Leistungsarten beschränkt werden.
- e) Gruppenunfallversicherung
Der Versicherungsvertrag endet, wenn die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebes.
Wir sind berechtigt das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

1.3. Kündigung nach dem Versicherungsfall

- a) Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung kann auf die betroffene versicherte Person oder die betroffene Leistungsart beschränkt werden.
- b) Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
- c) Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.
- d) Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

1.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan,

Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

1.5. Versicherungsjahr

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

Die Versicherungsprämie

2. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

2.1. Prämienzahlung

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

2.2. Versicherungssteuer

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

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

2.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

2.3.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3.3. Rücktritt

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

2.4. Zahlung und die Folgen verspäteter Zahlung der Folgeprämie

2.4.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

2.4.2. Verzug

- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 2.4.3 und 2.4.4 der Allgemeinen Bedingungen mit dem Fristablauf verbunden sind.
- Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

2.4.3. Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 2.4.2 b) der Allgemeinen Bedingungen darauf hingewiesen wurden.

2.4.4. Kündigung

- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 2.4.2 b) der Allgemeinen Bedingungen darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.5. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschrift-ermächtigung

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

2.6. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

3. Prämienanpassungsklausel

- Der Versicherer ist jährlich zum 01.04., erstmalig zum 01.04.2013, berechtigt und verpflichtet, die Prämienätze für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und der Schadenentwicklung anzupassen, um das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung der Versicherungsprämie) wieder herzustellen. Dabei hat der Versicherer die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu berücksichtigen.
- Der Versicherer ermittelt hierfür, um welchen Prozentsatz sich in den vergangenen drei Kalenderjahren das Verhältnis aus den Schadenzahlungen zu den Nettoprämieeinnahmen (Prämie ohne Steueranteile) gegenüber dem kalkuliertem Verhältnis aus Schadenzahlungen und den Nettoprämieeinnahmen erhöht oder vermindert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
- Sofern die Berechnung nach Ziffer 3 b) eine Veränderung von mindestens 20 Prozent ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Prämienatz für die bestehenden Verträge ab dem 01.07. zur jeweiligen Hauptfälligkeit des Vertrages anzupassen.
- Senkungen des Prämienatzes gelten ohne besondere Mitteilung ab dem 01.07. zur jeweiligen Hauptfälligkeit des Vertrages, die auf den Abschluss der Überprüfung folgt.
- Beträgt die Erhöhung oder Verminderung des Durchschnitts der Schadenzahlungen nach Ziffer 3 b) weniger als 20 Prozent, besteht kein Anpassungsrecht und auch keine Anpassungsverpflichtung.
- Der neue Prämienatz darf nicht höher sein als der Prämienatz für den gleichen Versicherungsschutz im Neugeschäft.
- Eine Prämienanpassung ist erstmalig nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres, frühestens zum 01.04.2016, möglich.

Weitere Bestimmungen

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

- Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte

aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

- b) Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- c) Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- d) Direktanspruch (sofern vereinbart)
Sofern im Versicherungsschein vereinbart, kann ausschließlich die versicherte Person Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend machen.
Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer ist hierfür nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person.
Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

5. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

5.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

- a) Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- b) Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- c) Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

5.2. Rücktritt

5.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

- a) Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- b) Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
- c) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

5.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

- a) Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- b) Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- c) Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

5.2.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leis-

tung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

5.3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

5.3.1. Kündigung

- a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

- b) Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- c) Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

5.3.2. Rückwirkende Vertragsanpassung

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- b) Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, mit dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- c) Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- d) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

5.4. Anfechtung

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

6. Senioren

Nach Vollendung des 68. Lebensjahres wird automatisch zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages für die betreffende versicherte Person eine Integralfranchise in Höhe von 25 Prozent zugrunde gelegt. Die Integralfranchise gilt nur für die Invaliditätsleistung.

Führt ein Unfall im Sinne der Unfallversicherungsbedingungen unter Berücksichtigung der Ziffer 3 der Zusatzbedingungen zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 25 Prozent, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

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

7.1. Einstufung anhand der Gefahrengruppen

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

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

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

Gefahrengruppe B: Dieser Gefahrengruppe sind versicherte Personen zuzuordnen die einer körperlichen / handwerklichen Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe: Gärtner, Drucker, Schlosser, Bäcker, Köche, Gastwirte, Techniker, Elektriker, Gastronomen, Hausmeister oder Sportlehrer.

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

7.2. Wechsel in einen Beruf mit niedrigerem Unfallrisiko

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

7.3. Wechsel in einen Beruf mit höherem Unfallrisiko

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

8. Planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie (Dynamik)

- Sofern eine planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie (Dynamik) vereinbart ist, werden Versicherungssummen und Prämien jährlich um den im Versicherungsschein festgelegten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für Invalidität und Tod auf volle Tausend Euro und die Versicherungssumme für die Rente auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

- Die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Prämie erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Wir teilen Ihnen die neuen Versicherungssummen und die neuen Prämien in einem Nachtrag zum Versicherungsschein spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung der neuen Prämie mit.
- Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Beginn des neuen Versicherungsjahres widersprechen oder wenn Sie die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach der Zahlungsaufforderung zahlen.
- Sie und wir können die planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie kündigen, wir jedoch nur mit einer Frist von drei Monaten. Haben Sie die Vereinbarung gekündigt, wird sie auf Ihren Antrag zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres wieder in Kraft gesetzt.

9. Höchstentschädigungsgrenze

Die Höchstentschädigung anlässlich eines Schadensereignisses für jede versicherte Person beträgt 1.700.000,- EUR.

Werden mehrere durch diesen Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen verletzt oder getötet, so gelten 6.500.000,- EUR als gesamte Höchstentschädigung für alle versicherten Personen anlässlich eines Schadensereignisses, oder einer zusammengehörenden Serie von Schäden, zusammen.

Als Serie von Schäden gelten alle Ereignisse, die dieselbe Ursache haben, einander gegenseitig beeinflussen oder im Zusammenhang ausgelöst werden.

Wird der vorgenannte Betrag überschritten, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten. Die für die Einzelpersonen vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

10. Versicherungsschutz bei Versichererwechsel

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

11. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

12. Welches Gericht ist zuständig?

- Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie, müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

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

14. Sanktionsklausel

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

15. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

- a) In folgenden Fällen entscheidet die Ärztekommision:
- Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen.
 - Meinungsverschiedenheiten darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist.
 - Meinungsverschiedenheiten über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen.
 - Meinungsverschiedenheiten im Fall der Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9 e) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 e) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 e) der Zusatzbedingungen Best Selection.
- b) In den Fällen der unter Ziffer 14 a) aufgeführten und der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten, können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung über die Leistungspflicht gemäß Ziffer 9 a) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 a) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 a) der Zusatzbedingungen Best Selection unter Bekanntgabe Ihrer Forderungen Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
- c) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
- d) Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz der versicherten Person zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
- Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz der versicherten Person zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
- e) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- f) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinhaltung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
- g) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Ihnen und uns zu tragen. Im Fall der Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9 e) der Zusatzbedingungen Basic, Ziffer 11 e) der Zusatzbedingungen Balance und Ziffer 12 e) der Zusatzbedingungen Best Selection trägt die Kosten, wer die Neubemessung verlangt hat.
- Der Anteil der Kosten, den Sie zu tragen haben, ist mit 5 Prozent der für den Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 Prozent des strittigen Betrages, begrenzt.

16. Welches Recht findet Anwendung?

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

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Gruppenunfallversicherung Österreich (Stand 01.04.2013)

Der Versicherungsumfang

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

Der Versicherungsumfang

1. Gegenstand der Versicherung

1.1. Was ist versichert?

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

1.2. Deckungsvarianten

1.2.1. Beruf und Privat

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt im beruflichen und privaten Bereich.

1.2.2. Beruf und Wegeunfälle

Versicherungsschutz besteht, sofern im Versicherungsschein vereinbart, ausschließlich für Unfälle bei Ausübung der angegebenen Berufstätigkeit für die Versicherungsnehmer.

Mitversichert sind Unfälle auf dem direkten Wege zu und von der versicherten Tätigkeit, und zwar ab Verlassen bis zum Wiederbetreten des vom Versicherten bewohnten Grundstückes.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn der Weg aus privaten Gründen verlängert oder unterbrochen wird.

1.3. Unfallbegriff

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

1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

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

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs

Als Unfall gilt/gelten auch:

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

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

6. Innovationsupdate

Der Leistungsfall

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

oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper verweigert wird.

- f) das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen für die Janitos Unfallversicherung verzichtet.
- g) Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen,
 - die infolge von Unfallverletzungen verursacht wurden. Dies beinhaltet auch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sowie Tierbisse oder -stiche.
 - die infolge von unfallbedingten Heilmaßnahmen verursacht wurden.
- h) Gesundheitsschäden infolge der Aufnahme von Nahrung oder sonstiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es dadurch zu Vergiftungen oder allergischen Reaktionen kommt.
- i) Gesundheitsschäden infolge von Erfrierungen sowie der Erfrierungstod.
- j) der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- k) tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Darüber hinaus sind die Kosten für Dekompressionskammerbehandlungen gemäß Ziffer 2.2.3 der Zusatzbedingungen mitversichert.

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

1.6. Infektionen

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

- a) Infektionen und Infektionskrankheiten, die durch einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 der Zusatzbedingungen entstanden sind. Dazu zählen insbesondere auch Infektionen durch Insektenstiche und -bisse oder durch sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen (z. B. Borreliose, FSME oder Malaria) sowie Infektionen durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen.
- b) Infektionen bzw. Infektionskrankheiten, die in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstanden sind und aus deren Krankheitsgeschichte, Befund oder Natur hervorgeht, dass durch das Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase Krankheitserreger in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase gelangen.

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

2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen

2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?

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

2.1.1. Invaliditätsleistung

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

2.1.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.1.1.2 Art und Höhe der Leistung

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

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

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

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

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

2.1.1.3 Tod der versicherten Person nach dem Unfall

Stirbt die versicherte Person

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

2.1.1.4 Progressionsmodell

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Unfall-Rente

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

2.1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Welche Gliedertaxenvariante für die Ermittlung des Invaliditätsgrades gemäß Ziffer 2.1.1. der Zusatzbedingungen Gültigkeit hat, hängt davon ab, welche Variante Sie mit uns vereinbart haben und ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Wird neben der Unfall-Rente gleichzeitig eine Invaliditätsleistung vereinbart, gilt die gewählte Gliedertaxenvariante immer für beide Leistungsarten. Eine Wahl unterschiedlicher Varianten ist nicht zulässig.

2.1.2.2 Höhe der Leistung

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

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

2.1.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

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

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

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

2.1.3. Unfall-Tagegeld

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

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

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

2.1.3.2 Höhe der Leistung

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

2.1.3.3 Dauer der Leistung

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

2.1.4. Unfall-Spitalgeld

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

2.1.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

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

2.1.4.2 Höhe der Leistung

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

2.1.4.3 Beginn und Dauer der Leistung

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

2.1.5. Unfall-Genesungsgeld

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

2.1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.1.5.2 Höhe der Leistung

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

2.1.5.3 Dauer der Leistung

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

2.1.6. Unfall-Todesfalleistung

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

2.1.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

2.1.6.2 Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.1.7. Heilkosten

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

2.1.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.1.7.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.1.7.3 Kündigung der Leistung

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

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

2.1.8. Versicherungsschutz für Geschäftskunden

Versicherungsschutz für Geschäftskunden besteht, sofern die Leistung im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.8.1 Art der Leistung

Für Geschäftskunden und aus geschäftlichen Gründen geladene Gäste des Versicherungsnehmers – nicht jedoch für Endkunden, Endverbraucher und Publikumsverkehr – besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die diesen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers zustoßen.

Eingeschlossen sind die Wege außerhalb dieses Bereichs und die An- und Abreise, sofern und solange die Kunden und Gäste sich in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.

2.1.8.2 Höhe der Leistung

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungsart Invaliddität, eine Versicherungssumme von 20.000 Euro und die Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression. Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, die aus den Zusatzbedingungen resultieren, sind nicht versichert

2.1.9. Versicherungsschutz für Endkunden und Publikumsverkehr

Versicherungsschutz für Endkunden und Publikumsverkehr besteht, sofern die Leistung im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.9.1 Art der Leistung

Für Endkunden, Endverbraucher und Publikumsverkehr besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die diesen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers zustoßen.

2.1.9.2 Höhe der Leistung

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungsart Invaliddität, eine Versicherungssumme von 20.000 Euro und die Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression. Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, die aus den Zusatzbedingungen resultieren, sind nicht versichert.

2.1.10. Insassenunfallversicherung

Versicherungsschutz für die Leistung besteht, sofern sie im Versicherungsschein aufgeführt ist.

2.1.10.1 Art der Leistung

Für berechnigte Insassen aller betriebseigenen oder gemieteten Kraftfahrzeuge des Versicherungsnehmers besteht auf allen vom Versicherungsnehmer veranlassten Fahrten Versicherungsschutz für Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Ein- und Aussteigen, Lenken, Benutzen, dem Be- und Entladen sowie Abstellen des Kraftfahrzeugs.

Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind Insassen, die bei dem Versicherungsnehmer angestellt sind.

2.1.10.2 Höhe der Leistung

Der Versicherungsschutz umfasst die Leistungsart Invaliddität, eine Versicherungssumme von 20.000 Euro und die Gliedertaxe „Trend“ ohne Progression. Weitere Leistungen und Leistungserweiterungen, die aus den Zusatzbedingungen resultieren, sind nicht versichert

2.1.11. Erhöhter Versicherungsschutz auf Geschäftsreisen

Erhöhter Versicherungsschutz auf Geschäftsreisen besteht, sofern die Leistung im Versicherungsschein aufgeführt ist.

Bei Unfällen auf allen vom Versicherungsnehmer veranlassten Geschäftsreisen erhöht sich die Invalidditätsgrundsumme um 5 Prozent.

2.2. Versicherte prämiensfreie Leistungen

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

2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten

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

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

- b) Darüber hinaus übernehmen wir die im Rahmen von Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen anfallenden Mehraufwendungen für

Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden bei der versicherten Person notwendig sind.

- c) Der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt.

2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

- a) Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen
 - Kosten für den Transport der versicherten Person in das nächste Spital oder in eine Spezialklinik, soweit er ärztlich angeordnet oder nach Art der Verletzung unvermeidbar war.
 - Mehraufwendungen für den Rücktransport der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit sie auf ärztliche Anordnungen zurückzuführen sind oder nach Art der Verletzung unvermeidbar waren. Die Leistungen umfassen dabei auch Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.
- b) Die Kosten für Kranken- und Rücktransporte werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro.

2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

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

Die Behandlungskosten werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer 2.2.1 der Zusatzbedingungen ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro.

2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten

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

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

2.2.5. Kosmetische Operationen

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

2.2.6. Kur- und Rehabilitationskosten

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

2.2.7. Umschulungsmaßnahmen

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern

- die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich auf die Folgen eines Unfalles der versicherten Person – ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Ziffer 3 der Zusatzbedingungen – zurückzuführen sind und
- die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
- die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.

- b) Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

2.2.8. Psychologische Betreuung

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

2.2.9. Besondere Leistungen für Kinder

2.2.9.1 Zusätzliche Todesfalleistung

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

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

2.2.9.2 Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

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

2.2.9.3 Rooming-in-Leistung

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

2.2.10. Versorgung von Haustieren

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

übernehmen, längstens jedoch bis 14 Tage nach dem Unfallereignis.

2.2.11. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

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

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

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

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

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

2.2.12. Kapitaleistung bei schweren Verbrennungen

- a) Erleidet die versicherte Person unfreiwillig Verbrennungen III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche, zahlen wir eine Kapitaleistung in Höhe von 12 Prozent der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression), maximal 12.000 Euro.

- b) Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest sowie die schriftliche Geltendmachung der Leistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Verletzungsereignis.

- c) Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1.1 der Zusatzbedingungen, wird die Kapitaleistung auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet.

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

2.2.13. Heil- und Hilfsmittel

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten für
- Gehilfen
 - Rollstühle
 - Hör- und Sprechgeräte
 - die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes
 - die behindertengerechte Fortbildung in Gebärdensprache oder Blindenschrift
- b) Die Voraussetzungen für den Ersatz von Heil- und Hilfsmitteln gelten als erfüllt, wenn
- sich die versicherte Person unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung befand oder bei der versicherten Person eine der unter Ziffer 2.2.11 a) bis d) oder 2.2.12 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eintritt und
 - der Umgang und das Leben mit der aufgrund des Unfalles entstandenen Behinderung erleichtert werden kann und
 - die Erleichterung durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvoranschlag für die Heil- und Hilfsmittel nachgewiesen und innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend gemacht wird.
- c) Der Kostenersatz für Heil- und Hilfsmittel ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

2.2.14. Behindertengerechter Umbau des Arbeitsplatzes

- a) Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes. Als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist.

Die Kosten werden ersetzt für den notwendigen Umbau von

- Büromobiliar
- Toiletten und sonstigen sanitären Einrichtungen
- Maschinen, welche die versicherte Person täglich nutzt

Ist der Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die Neuanschaffung ersetzt.

- b) Die Voraussetzungen für den Ersatz behinderungsbedingter Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes gelten als erfüllt, wenn
- sich die versicherte Person unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung befand oder bei der versicherten Person eine der unter Ziffer 2.2.11 a) bis d) oder 2.2.12 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eintritt und
 - durch den Umbau des Arbeitsplatzes die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen bzw. der Alltag besser bewältigt werden kann und
 - die Leistungen aufgrund der Umbaumaßnahmen durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvorschlag innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend gemacht werden.
- c) Der Kostenersatz für den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

2.2.15. Behindertengerechte Erleichterungen (sofern im Versicherungsschein vereinbart)

Versicherungsschutz für behindertengerechte Erleichterungen besteht, sofern die Leistung im Versicherungsschein aufgeführt ist.

- d) Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für
- notwendige behindertengerechte Umbauten des Wohnsitzes der versicherten Person
 - den notwendigen Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz
 - notwendige Umbauten des privaten Kraftfahrzeugs in ein behindertengerechtes Fahrzeug
- e) Die Voraussetzungen für den Ersatz behindertengerechter Erleichterungen gelten als erfüllt, wenn
- sich die versicherte Person unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung befand oder bei der versicherten Person eine der unter Ziffer 2.2.11 a) bis d) oder 2.2.12 der Zusatzbedingungen genannten schweren Unfallverletzungen eintritt und
 - der Umgang und das Leben mit der aufgrund des Unfalles entstandenen Behinderung erleichtert werden kann und
 - die Erleichterung durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvorschlag für die behindertengerechte Erleichterung nachgewiesen und innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend gemacht wird.
- f) Der Kostenersatz für behindertengerechte Erleichterungen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für:

- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums. Beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 Promille nicht übersteigt.
- Unfälle unter Medikamenteneinfluss. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen

des Arztes erfolgt ist und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorlag.

- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Schlaganfalls.
- Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarkts.
- Unfälle im Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Unfälle durch Einschlafen infolge einer Übermüdung sowie Unfälle durch Erschrecken.

4.2. Straftaten

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

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle

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

4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

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

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

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

4.4. Luftfahrtrisiken

Nicht versichert sind Unfälle

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

4.5. Motorfahrzeuge

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

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

4.6. Strahlenschäden

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

4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn

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

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

4.8. Heilmaßnahmen

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

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

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

4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

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

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

4.10. Sportausübung

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

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

4.11. Berufsunfälle

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

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

Sonstige Leistungserweiterungen

5. Familien-Vorsorgeversicherung

5.1. Eheschließung oder eingetragene Lebenspartnerschaft

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

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

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

5.2. Schwangerschaft, Geburt oder Adoption

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

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

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

5.3. Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

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

6. Innovationsupdate

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

Der Leistungsfall

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

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

- Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Eine generelle Verpflichtung der versicher-

ten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

- b) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c) Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung gemäß Ziffer 7 a) und b) innerhalb des ersten Jahres vom Unfalltag an gerechnet bei uns einreichen.
- d) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
Bei Selbstständigen wird ein fester Betrag von 2 % der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro erstattet, sofern der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen werden kann.
- e) Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- f) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- a) Wird eine Obliegenheit gemäß Ziffer 7 der Zusatzbedingungen vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.
- b) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- c) Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung jedoch nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.
- d) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

- a) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
 - Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- b) Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- c) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- d) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- e) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen

zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht gemäß Ziffer 9 a), von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

- f) Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
- g) Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.