

# ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DAS VERSICHERUNGSPRODUKT

## NOVIS Flexible Life

powered by



Dem Versicherungsvertrag mit der **NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s.** liegen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB-40210312) und das deutsche Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz VVG und das Bürgerliche Gesetzbuch zu Grunde.

## ERSTER TEIL

### Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1	Versicherungsgegenstand
Artikel 2	Grundbegriffe
Artikel 3	Abschluss des Versicherungsvertrages
Artikel 4	Versicherungsbeginn und Versicherungsende
Artikel 5	Zahlung der Versicherungsprämie
Artikel 6	Versicherungskonto
Artikel 7	NOVIS - Versicherungsfonds
Artikel 8	Saldo bzw. Guthaben des Versicherungskontos
Artikel 9	Bewertung von individuellen Versicherungsrisiken

Artikel 10	Folgen der Nichtzahlung der vereinbarten Versicherungsprämie
Artikel 11	Vertragskündigung
Artikel 12	Rückkaufwert, Kosten und Gebühren
Artikel 13	Teilrückkauf
Artikel 14	Rechte und Pflichten der Vertragspartner
Artikel 15	Prämienfreistellung
Artikel 16	Vertragsänderungen
Artikel 17	Bezugsberechtigte Personen
Artikel 18	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
Artikel 19	Ausschluss der Leistungspflicht
Artikel 20	Ärztekommission

## ZWEITER TEIL

### Bestimmungen über die Versicherungsrisiken

#### 1. Ableben

Artikel 21	Versicherungsfall und Umfang der Versicherungsleistung im Todesfall
------------	--

#### 2. Erleben

Artikel 22	Umfang der Versicherungsleistung
------------	----------------------------------

### 3. Unfall, erweiterte Unfalldeckung, Unfalltod

Artikel 23	Der Unfallbegriff
Artikel 24	Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen bei Unfall, Unfalltod oder erweiterter Unfalldeckung
Artikel 25	Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung

### 4. Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit

Artikel 26	Versicherungsfall und Recht auf Versicherungsleistung
Artikel 27	Diagnose von kritischen Erkrankungen
Artikel 28	Operation infolge einer Erkrankung
Artikel 29	Krankenhaustagegeld und Krankentagegeld
Artikel 30	Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen

## DRITTER TEIL

### Schlussbestimmungen

Artikel 31	Beschwerdeverfahren
Artikel 32	Schlussbestimmungen

## ERSTER TEIL

### Allgemeine Bestimmungen

#### Artikel 1

##### Versicherungsgegenstand

- Der Versicherer vereinbart mit dem Versicherungsnehmer eine Lebensversicherung für den Fall eines Versicherungsrisikos oder einer Kombination der im Absatz 2 dieses Artikels aufgeführten Versicherungsrisiken.
- Folgende Risiken sind als versicherte Ereignisse versicherbar:
  - Todesfall
  - Erleben
  - Unfall, erweiterte Unfalldeckung, Unfalltod
  - Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit
- Sofern im Versicherungsantrag nichts anderes festgelegt wird, gelten im Falle des Ablebens (Todesfall) und des Versicherungsrisikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ die vereinbarten Versicherungssummen bis zum 10. Jahr der Versicherungsdauer. Ab dem 11. Jahr der Versicherungsdauer sinken die vereinbarten Versicherungssummen jährlich um 10 % der Versicherungssumme des Vorjahres. Die Versicherungssummen können trotz dieser Regel aber nicht unter 5.000 Euro sinken.
- Der Versicherungsvertrag kann ein oder mehrere Versicherungsrisiken im Sinne von Absatz 2 dieses Artikels enthalten, diese werden vom Versicherungsnehmer im Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages gewählt. Die Mindestgrenze der Versicherungssumme ist 10.000 Euro. Versicherungssummen müssen auf ganze Tausend gerundet sein, wobei 5.000 Euro die wählbare Mindestsumme für eine Versicherungsdeckung ist. Bei Eintrittsalter des Versicherungsnehmers ab 50 oder mehr Jahren gilt nur die obligatorische Versicherungssumme bei Ableben in Höhe von 5.000 Euro und andere Zusatzversicherungen können nicht vereinbart werden. Bei Eintrittsalter des Versicherungsnehmers von weniger als 50 Jahre kann der Versicherungsnehmer bei Erreichen des 50. Lebensjahres die Minderung der Versicherungssumme bei Ableben nach vorherigem Satz und die Beendigung der vereinbarten Zusatzversicherungen beantragen.

#### Artikel 2

##### Grundbegriffe

- Die Versicherung** ist ein Vertrag, bei dem der Versicherer die Verpflichtung übernimmt, eine Versicherungsleistung zu gewähren, wenn das im Versicherungsvertrag näher gekennzeichnete versicherte Ereignis eintritt.
- Der Versicherungsvertrag** ist ein zweiseitiges Rechtsgeschäft und entsteht mit dem Zugang der Annahmestätigung des Versicherungsantrages oder mit dem Zugang des Versicherungsscheines an den Versicherungsnehmer. Mit dem Versicherungsvertrag verpflichtet sich der Versicherer, die vereinbarte Leistung zu gewähren, wenn ein im Vertrag näher gekennzeichnetes versichertes Ereignis (Versicherungsfall) eintritt. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich vertraglich, die vereinbarte Versicherungsprämie zu zahlen und den sonstigen Vertragsbedingungen zu entsprechen.
- Der Versicherer** ist die **NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s.**, Karl-Benz- Straße 19, 70794 Filderstadt, Amtsgericht Stuttgart, HRB 759750, registriert durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) in Bonn unter der Nr. 1340. Im Weiteren und im Schriftverkehr mit dem Versicherungsnehmer und Versicherten wird der Versicherer in abgekürzter Form als **NOVIS** benannt.
- Der Versicherungsnehmer** ist derjenige, der den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
- Der Versicherte** ist die Person, auf deren Leben oder Gesundheit sich die Versicherung bezieht. Der Versicherte wird in diesen Versicherungsbedingungen auch als die versicherte Person bezeichnet. Aufgrund des Artikels 1 Nr. 4. ist der Versicherungsnehmer immer auch Versicherter. Versicherte können aber zusätzlich auch andere Personen sein.
- Die bezugsberechtigten Personen/die bezugsberechtigte Person** haben/hat das Recht auf die Versicherungsleistung im Fall des Ablebens des Versicherten. Die bezugsberechtigten Personen/die bezugs-

berechtigte Person werden/wird im Weiteren auch als Bezugsberechtigte/Bezugsberechtigter bezeichnet.

- Das Eintrittsalter** des Versicherten oder des Versicherungsnehmers ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr der Vereinbarung des Versicherungsrisikos und dem Geburtsjahr.
- Der technische Beginn** der Versicherung ist der im Versicherungsvertrag als Versicherungsanfang angeführte Tag, der gleichzeitig den Beginn der ersten Versicherungsperiode definiert, ab dem die Prämienzahlungspflicht für die laufende Prämie entsteht.
- Die Versicherungsdauer** gilt als lebenslänglich oder bestimmt vereinbart, wie sie im Versicherungsvertrag festgelegt wurde.
- Die Prämienzahlungsdauer** ist die Dauer, während der der Versicherungsnehmer die vereinbarte laufende Prämie wie in Art. 5 definiert zu zahlen hat.
- Als Versicherungsprämie** gilt jede Zahlung, die der Versicherungsnehmer an den Versicherer im Sinne des abgeschlossenen Versicherungsvertrages leistet. Falls der Versicherer vom Versicherungsnehmer zum Einzug der Versicherungsprämien per Einzugsystem (z. B. SEPA Lastschrift, Kreditkarteneinzug) autorisiert wird, gilt die beim Bankkonto des Versicherers eingehende Summe als Versicherungsprämie.
- Die vereinbarte laufende Versicherungsprämie** nach Art. 5 ist der Betrag, den der Versicherungsnehmer jede Versicherungsperiode zu zahlen hat. Es ist nur die Vereinbarung einer laufenden Prämienzahlung möglich.
- Die Prämiensumme** ist die Summe aller laufenden Prämien während der kompletten Prämienzahlungsdauer.
- Die Abzüge vom Versicherungskonto** im Sinne des Artikels 8 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind der finanzielle Gegenwert für die Deckung der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungsrisiken und für die Kosten des Versicherers im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag.
- Die Versicherungsperiode** ist der Teil der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungsdauer, für welchen eine Prämie zu zahlen ist. Falls im Versicherungs-

vertrag nichts anderes vereinbart ist, gelten monatliche Versicherungsperioden.

16. **Das Versicherungsjahr** ist die aus 365 Tagen (im Schaltjahr 366 Tagen) bestehende Zeitspanne; beginnend mit 0:00 Uhr am Tag, der mit dem Tag und Monat des technischen Beginns übereinstimmt, und mit dem Ablauf von 365 Tagen (im Schaltjahr 366 Tagen) endet.
17. **Der Versicherungsfall** ist ein im Versicherungsvertrag definiertes Ereignis, das während der Dauer der Versicherung eintritt und für das der Versicherer eine Versicherungsleistung gewährt.
18. **Die Versicherungssumme** für den Fall des vereinbarten Versicherungsrisikos ist der Betrag, von dem bei der Bestimmung der Höhe der Versicherungsleistung ausgegangen wird.
19. **Die kumulative Versicherungssumme** ergibt sich aus allen Versicherungssummen, die im Rahmen eines Versicherungsvertrags festgelegt sind. Die kumulative Versicherungssumme muss die durch den Versicherer festgelegte Mindestgrenze erreichen; dies gilt aber nur in den ersten zehn Versicherungsjahren.
20. **Die Versicherungsleistung** ist die Geldzahlung oder eine andere in Geldwert ausgedrückte Leistung, die der Versicherer für einen im Versicherungsvertrag definierten Versicherungsfall gewährt.
21. **Ein NOVIS Versicherungsfonds** ist ein interner Fonds des Versicherers i. S. d. für die Versicherung geltenden Versicherungsaufsichtsrechtes, der sich aus unterschiedlichen zugrundeliegenden Anlageinstrumenten zusammensetzen kann. Der NOVIS Versicherungsfonds wird entweder vom Versicherer direkt oder einem hierfür beauftragten Dritten verwaltet. Im Weiteren und in der Korrespondenz mit dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten wird der NOVIS Versicherungsfonds in gekürzter Form als Versicherungsfonds bezeichnet. Jeder Versicherungsfonds hat ein Statut; dieses stellt einen Bestandteil des Versicherungsvertrages dar.  
Der Versicherungsnehmer trägt sowohl das Gewinn- als auch das Verlustrisiko der von ihm gewählten NOVIS Versicherungsfonds. Es besteht das Risiko einer negativen Fondsentwicklung mit Kapitalverlusten bis hin zu einem möglichen Totalverlust des investierten Kapitals.
22. **Die Anteilseinheit** ist die Grundeinheit eines NOVIS Versicherungsfonds und ihr Wert ist stabil 1 Euro.
23. **Das Versicherungskonto** ist ein Konto, welches der Versicherer für jeden Versicherungsvertrag führt, und auf dem der Geldwert der Anteilseinheiten der ausgewählten NOVIS Versicherungsfonds geführt wird.
24. **Der aktuelle Saldo des Versicherungskontos** ist identisch mit der Anzahl der Anteilseinheiten, weil der Wert einzelner Anteilseinheiten konstant 1 Euro ist. Die Anzahl der Anteilseinheiten auf dem Versicherungskonto ändert sich jeden Monat im Sinne des Prozesses, der in Artikel 8 dieser Versicherungsbedingungen beschrieben ist.
25. **Das Allokationsverhältnis**
  - a) Das Allokationsverhältnis (Aufteilungsverhältnis) ist das durch den Versicherungsnehmer im Rahmen seines Versicherungsvertrages bestimmte Verhältnis der NOVIS Versicherungsfonds, in die der positive Saldo des Versicherungskontos investiert wird. Der Versicherungsnehmer ist beim Abschluss des Versicherungsvertrages berechtigt, das Allokationsverhältnis zu bestimmen, und verfügt über das Recht, einmal monatlich unentgeltlich ein neues Allokations-

verhältnis zu bestimmen. Der Versicherer teilt das Kapital an jedem ersten Tag des Monats in den Versicherungsfonds neu zu, wenn eine Änderung des Aufteilungsverhältnisses gewünscht wird, so dass das Aufteilungsverhältnis auch bei unterschiedlichen Renditeentwicklungen der Fonds unverändert bleibt.

- b) Das Recht, das Allokationsverhältnis zu ändern, gilt unter der Bedingung, dass die betroffenen NOVIS Versicherungsfonds über genügend liquide Mittel verfügen bzw. verfügbar machen können, um den Änderungsauftrag abzuwickeln. Der Mindest- oder Höchstanteil eines bestimmten Versicherungsfonds kann begrenzt sein.
26. Als **Sozialversicherung** sind in diesen Versicherungsbedingungen jene Organe gemeint, die im Sinne der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Rechtsvorschriften berechtigt sind, im Bereich der Sozialversicherung bzw. der Sozialabsicherung Entscheidungen zu treffen.
27. **Wartezeit** ist der Zeitraum, für den sich der Beginn des Versicherungsschutzes für bestimmte versicherte Risiken verschiebt. Die Fälle, in denen der Versicherer eine Wartezeit anwendet, sowie die Länge der Wartezeit für die bestimmten versicherten Risiken sind in Art. 18 oder in den Bestimmungen für die jeweiligen versicherten Risiken genannt.
28. **Die Währung** des Versicherungsvertrages ist Euro.
29. **Der Netto-Anlagebetrag** ist der Teil des Saldos des Versicherungskontos, der am ersten Tag des Monats wie in Art. 8 beschrieben in Versicherungsfonds investiert wird.
30. **Überschussbeteiligung** – eine Überschussbeteiligung wird nicht gewährt.

## Artikel 3

### Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag gilt mit dem Zeitpunkt des Zuges der Annahmestätigung über den Versicherungsantrag oder mit dem Zugang des Versicherungsscheines an den Versicherungsnehmer als abgeschlossen, wobei der jeweils frühere Zugang für das Datum des Zustandekommens des Versicherungsvertrages relevant ist.
2. Die vom Versicherer übermittelte Versicherungspolice (Versicherungsschein) ist ein Dokument, welches die Existenz des Versicherungsvertrages bestätigt.
3. Die Parteien vereinbaren, dass die Versicherung betreffende Rechtshandlungen auch per E-Mail-Kommunikation erfolgen können, sofern der Versicherungsnehmer dem Versicherer seine E-Mail-Adresse für Zwecke dieses Geschäftes mitgeteilt hat. Davon ausgenommen sind Erklärungen des Versicherers, für die das Gesetz Schriftform zwingend vorschreibt.

## Artikel 4

### Versicherungsbeginn und Versicherungsende

1. Die Versicherungsdeckung beginnt um 0:00 Uhr an dem im Versicherungsvertrag als technischer Beginn der Versicherung vereinbarten Tag, frühestens jedoch um 0:00 Uhr an dem nach dem Versicherungsvertragsabschluss folgenden Tag.
2. Der Versicherungsvertrag endet entweder mit dem Ablauf der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungsdauer oder mit dem Tod des Versicherungsnehmers oder des Versicherten. Dies gilt nicht, soweit neben dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten gemäß dem Versicherungsvertrag mindestens eine weitere Versicherte Person versichert ist. In diesem Fall kann eine bisher versicherte Person neuer Versiche-

rungsnehmer werden, sofern dies mit dem Versicherer vereinbart wird.

3. Die Versicherung endet auch infolge einer Kündigung des Versicherungsnehmers im Sinne von Artikel 11 und unter den im Artikel 10 definierten Bedingungen auch infolge der Nichtzahlung der Versicherungsprämie.

## Artikel 5

### Zahlung der Versicherungsprämie

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die im Versicherungsvertrag vereinbarte Prämie zu zahlen.
2. Der Versicherungsnehmer hat das Recht jederzeit auch eine höhere Zahlung als die vereinbarte Prämie zu leisten, was zu einem höheren Wert des Versicherungskontos führt. Die Versicherungssummen werden hierdurch nicht geändert. Wenn die Differenz zwischen der Summe der bezahlten Versicherungsprämien und der Summe der vereinbarten Versicherungsprämien für alle vorangegangenen Versicherungsperioden positiv ist, ist der Versicherungsnehmer nicht verpflichtet, die laufende Prämie für die aktuelle Versicherungsperiode zu zahlen solange die Differenz positiv ist.
3. Falls im Versicherungsvertrag eine lebenslängliche Dauer vereinbart wurde, besteht die Verpflichtung zur Zahlung der laufenden Prämien wie folgt:
  - a) 40 Jahre beim Eintrittsalter des Versicherungsnehmers zwischen 18 und 44 Jahren,
  - b) bis zum Alter von 85 Jahren beim Eintrittsalter des Versicherungsnehmers zwischen 45 und 70 Jahren.
 Im Falle einer bestimmten Laufzeit besteht die Verpflichtung zur Zahlung der laufenden Prämie für die Dauer der im Vertrag vereinbarten Laufzeit. Unabhängig davon hat der Versicherungsnehmer im Sinne des Artikels 15 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen das Recht auf Prämienfreistellung.

## Artikel 6

### Versicherungskonto

1. Der Versicherer führt zu jedem Versicherungsvertrag ein Versicherungskonto.
2. Jede einbezahlte Versicherungsprämie wird in voller Höhe auf dem Versicherungskonto verbucht.
3. Am Ende eines jeden Monats werden die Wertentwicklung der Versicherungsfonds gutgeschrieben und die vertraglich vereinbarten Abzüge vorgenommen. Daraus ergibt sich der Monatsendsaldo, welcher identisch ist mit dem Eröffnungssaldo des darauf folgenden Monats.
4. Der Eröffnungssaldo wird entsprechend dem festgelegten Allokationsverhältnis in die NOVIS-Versicherungsfonds investiert.

## Artikel 7

### NOVIS-Versicherungsfonds

1. Der Versicherer verpflichtet sich während der gesamten Laufzeit, dem Versicherungsnehmer mindestens drei Versicherungsfonds anzubieten.  
Der Versicherer verpflichtet sich weiterhin, dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit stets auch solche Versicherungsfonds anzubieten, die vergleichbar mit den Versicherungsfonds sind, die bei Vertragsbeginn angeboten wurden.  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht festzulegen, in welchem Verhältnis die Versicherungsfonds im Rahmen seines Versicherungsvertrages anzuwenden sind (Allokationsverhältnis).
2. a) Jeder Versicherungsfonds hat ein Statut, das vor allem die Investitionspolitik beschreibt, die der Versi-

cherer im Rahmen dieses Fonds umsetzen möchte. Die Statuten der verwendeten NOVIS Versicherungsfonds bilden einen Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Der Versicherer ist nur berechtigt, die Regeln und Vorschriften für die Fonds zu ändern, wenn sich die allgemein verbindlichen Rechtsvorschriften ändern, wenn dies aufgrund von Entscheidungen von Aufsichtsbehörden oder Gerichten erforderlich ist oder wenn sich Teile der Anlagestrategie durch externe Faktoren als unrealistisch erweisen. Änderungen des Statuts bedürfen der Einhaltung der nachfolgend angeführten Informationspflichten.

Die Änderung des Statuts erfolgt durch die Veröffentlichung des neuen Wortlauts des Statuts, den der Versicherer auf seiner Internetseite [www.novis.eu](http://www.novis.eu) veröffentlicht. Die Änderung tritt zu dem in der neuen Fassung des Statuts genannten Zeitpunkt in Kraft.

Der Versicherer informiert in Textform den Versicherungsnehmer über die Änderung des Statuts mindestens 30 (dreißig) Kalendertage vor dem Inkrafttreten des neuen Statuts.

- b) Der Versicherer kann während der Dauer des Versicherungsvertrags weitere Versicherungsfonds anbieten. Wenn der Versicherungsnehmer einen neuen angebotenen Versicherungsfonds annimmt, wird er dem Versicherer bekannt geben, wie das Allokationsverhältnis geändert werden soll.

- c) Der Versicherer hat das Recht, angebotene Versicherungsfonds zu beenden, sofern er die im Absatz 1 dieses Artikels definierten Verpflichtungen einhält. Im Fall der Beendigung eines der angebotenen Versicherungsfonds ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer über diese Tatsache zu informieren, sollte dieser Versicherungsvertrag in seinem Versicherungsvertrag enthalten sein, und zwar spätestens einen Monat vor der Wirksamkeit dieser Entscheidung.

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer, um die Festsetzung eines neuen Allokationsverhältnisses zu ersuchen.

Sollte der Versicherungsnehmer ein neues Allokationsverhältnis in der genannten Frist nicht festsetzen, ist der aktuelle Saldo (Guthaben) des Versicherungskontos zwischen den verbleibenden durch ihn ausgewählten Versicherungsfonds im Verhältnis wie vor der Auflösung aufzuteilen. Wenn der Versicherungsnehmer nur den endenden Versicherungsfonds ausgewählt hatte, jedoch in der genannten Frist kein neues Allokationsverhältnis festsetzt, wird der Saldo seines Versicherungskontos in den Versicherungsfonds des Versicherers mit der niedrigsten Risikoklasse zugeordnet. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer über diese Rechtsfolgen in diesen Fällen unter erneuter Fristsetzung zur Festsetzung eines neuen Allokationsverhältnisses nochmals gesondert informieren.

## Artikel 8

### Saldo bzw. Guthaben des Versicherungskontos

- Das Guthaben auf dem Versicherungskonto und damit die Anzahl an den Anteilseinheiten an den ausgewählten NOVIS Versicherungsfonds, ändert sich jeden Monat auf Grund der folgenden Faktoren:
  - Der volle Wert der gezahlten Versicherungsprämie wird dem Versicherungskonto hinzugefügt.
  - Am Ende eines jeden Monats wird die Wertentwick-

lung der vom Versicherungsnehmer ausgewählten Versicherungsfonds auf dem Versicherungskonto bei positiver Entwicklung gutgeschrieben bzw. bei negativer Entwicklung abgezogen. Wenn die monatliche Wertentwicklung positiv ist, werden neue Anteilseinheiten gutgeschrieben; wenn die monatliche Wertentwicklung negativ ist, werden Anteilseinheiten vom Versicherungskonto abgezogen. Die monatliche Wertentwicklung der Versicherungsfonds kann auch negativ sein und hängt von der Wertentwicklung der Werte der Aktiva ab, in welche die Versicherungsfonds investieren.

- Abzug für die Versicherungsdeckung: In der Abzugstabelle am Ende dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die einzelnen Abzüge aufgeführt, die der Versicherer monatlich vom Versicherungskonto für die Versicherungsdeckung abbucht. Abzüge für die Versicherungsdeckung können gemäß dem Alter, aber nicht nach dem Geschlecht differenziert sein. Die Abzugstabelle bildet einen Bestandteil des Versicherungsvertrags und der Versicherer ist nicht berechtigt, diese während der gesamten Dauer des Versicherungsvertrags zu ändern.
- Abzüge für die Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag, die in Artikel 12 im Einzelnen erläutert sind, werden am Monatsende vom Versicherungskonto gemäß Artikel 12 vorgenommen.
- Der Saldo des Versicherungskontos kann sich auch durch einen Teilrückkauf und den Abzug für den Teilrückkauf entsprechend Artikel 13 dieser Vertragsbestimmungen reduzieren.
- Der Saldo des Versicherungskontos am letzten Tag des Monats abzüglich des NOVIS-Treue-Bonus, und nachdem die in den Abschnitten a) bis e) beschriebenen Vorgänge erfolgt sind, wird am nächsten Tag in Versicherungsfonds entsprechend dem vom Versicherungsnehmer gewählten Allokationsverhältnis investiert.
- Der Saldo des Versicherungskontos kann auch negativ werden (z. B. im Fall einer Prämienfreistellung nach Artikel 15, bei der das vorhandene Guthaben durch die weiterhin in Abzug zu bringenden Kosten aufgezehrt wird). Dies kann zu einem Erlöschen des Vertrages und damit einhergehend zu einem Verlust des gesamten Versicherungsschutzes führen (vgl. Artikel 15 Nr. 5).

### 2. NOVIS-Treue-Bonus:

- Der NOVIS-Treue-Bonus beträgt maximal 6.000 Euro.  
Der NOVIS-Treue-Bonus wird im Todesfall des Versicherungsnehmers immer voll ausbezahlt.  
Der NOVIS-Treue-Bonus erhöht den Rückkaufswert oder die Erlebensfallleistung in folgender Weise:
  - nach 20 Jahren Versicherungslaufzeit um 4.000 Euro,
  - nach 30 Jahren Versicherungslaufzeit um 5.000 Euro,
  - nach 40 Jahren Versicherungslaufzeit um 6.000 Euro.
- Wenn das Eintrittsalter des Versicherungsnehmers 50 oder mehr Jahre beträgt, wird nach Ablauf von 15 Jahren der Prämienzahlung der NOVIS-Treue-Bonus von 3.000 Euro seinem Versicherungskonto gutgeschrieben. Das gilt nicht für den Versicherungsnehmer, dessen Eintrittsalter weniger als 50 Jahre ist und bei Erreichen des 50. Lebensjahres die Minderungen der Versicherungssumme bei Ableben und die

Beendigung der vereinbarten Zusatzversicherungen nach Artikel 1 Nr. 4 beantragt hat.

- Der NOVIS-Treue-Bonus wird unabhängig von erwirtschafteten Überschüssen gewährt und stellt damit keine Überschussbeteiligung dar. Der NOVIS-Treue-Bonus wird nicht investiert und es werden von ihm keine Abzüge vorgenommen.

## Artikel 9

### Bewertung von individuellen Versicherungsrisiken

- Der Versicherer kann bei Vertragsschluss alle zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlichen Auskünfte und Nachweise von Ärzten und Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden berücksichtigen. Soweit der Versicherungsnehmer die hierfür erforderliche Einwilligung, welcher er jederzeit frei widerrufen kann oder nur bezogen auf die jeweils erforderliche Beurteilung erteilen kann, nicht erteilt und die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auch nicht selbst beibringt, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt werden.
- Tatsachen, die der Versicherer bei der Feststellung des Gesundheitszustandes des Versicherten erfährt, darf er nur für die Zwecke des vereinbarten Versicherungsvertrags, und im Zusammenhang mit der Abwicklung des Versicherungsfalles, als auch bei der Ausübung der Rechte aus dem vereinbarten Versicherungsvertrag oder aus dem Versicherungsfall verwenden.
- Jede vereinbarte Versicherungsdeckung wird individuell auf Grund von den verfügbaren (in den Absätzen 1 bis 2 dieses Artikels) definierten Informationen und mit Hilfe von Risikoeinschätzungshandbüchern, die der Versicherer von bedeutenden Rückversicherungsgesellschaften erwirbt, bewertet. Wenn festgestellt wird, dass die versicherte Person ein niedrigeres Risiko im Vergleich zu dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt in der gegebenen Altersgruppe repräsentiert, kann der Abzug von dem Versicherungskonto für dieses versicherte Risiko gemindert werden (Nachlass). Wenn die versicherte Person auf Grund von den verfügbaren Informationen ein höheres Risiko im Vergleich zu dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt in der gegebenen Altersgruppe repräsentiert, wird der Abzug vom Versicherungskonto für diese Versicherungsdeckung prozentual und/oder in absoluten Zahlen erhöht. Die Höhe der vereinbarten Versicherungsprämie ändert sich hierdurch nicht. Es erfolgt vielmehr ein Risikoabzug von den gezahlten Versicherungsprämien.
- Der Versicherer darf das bewertete Anfangsrisiko während der Gesamtdauer des Versicherungsvertrags nicht zu Ungunsten des Versicherten ändern, auch dann nicht, wenn sich der Gesundheitszustand oder andere Risikoumstände verschlechtern. Die Bewertung des Risikos kann nur zu Gunsten des Versicherten geändert werden, und zwar wenn relevante neue Informationen vorgelegt werden.
- Zusammen mit der Übermittlung der Annahmestätigung bezüglich des Versicherungsantrags gem. Artikel 3 dieser Versicherungsbedingungen muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer auch das Ergebnis der individuellen Risikobewertung bekannt geben. Im Falle, dass ein erhöhter Abzug für die Versicherungsdeckung vom Versicherer festgelegt wird, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer hierauf und auf die hiermit verbundenen Rechtsfolgen zudem durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam machen. Zudem wird der Versicherer den Versicherungsnehmer

bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinweisen, dass der erhöhte Risikoabzug als genehmigt gilt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. Der erhöhte Risikoabzug gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

## Artikel 10

### Folgen der Nichtzahlung der vereinbarten Versicherungsprämie

1. Ist die vereinbarte Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er die versicherte Person und den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

2. Die vereinbarte Versicherungsprämie für weitere Versicherungsperioden (Folgebeitrag) ist am ersten Tag der entsprechenden Versicherungsperiode fällig.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf eigene Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den beiden nachfolgenden Absätzen mit dem Fristablauf verbunden sind.

Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrages oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nur zur Zahlung der Leistung verpflichtet, die er erbringen müsste, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung (§ 165 WVG) umgewandelt hätte. Dies ist der Fall, wenn gemäß Artikel 15. Nr. 3 der aktuelle Saldo des Versicherungskontos mindestens 1.000 Euro beträgt. Ist dies nicht der Fall, wird der Versicherer von seiner Leistungspflicht – mit Ausnahme des Rückkaufwertes gemäß 169 WVG (vgl. Artikel 12) – frei.

Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgt.

Mit Zugang der Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung (§ 165 WVG) um, wenn gemäß Artikel 15 Nr. 3 der aktuelle Saldo des Versicherungskontos mindestens 1.000 Euro beträgt. Ist dies nicht der Fall, erlischt die Versicherung mit Zugang der Kündigung. Der Rückkaufwert gemäß 169 WVG (vgl. Artikel 12) wird in diesem Fall ausbezahlt.

Der Versicherer wird die Abzüge vom Versicherungskonto gemäß Artikel 8 weiter vornehmen; Abschlusskosten sind nur im Verhältnis für die Zeit der tatsächlichen Prämienzahlung zu 5 Jahren zu verrechnen.

## Artikel 11 Vertragskündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode in Textform kündigen.

## Artikel 12

### Rückkaufwert, Kosten und Gebühren

1. Im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrages oder falls der Versicherungsvertrag durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlt der Versicherer dem Versicherungsnehmer den Rückkaufwert gemäß § 169 WVG. Der Rückkaufwert ist der Zeitwert der Versicherung, definiert nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

2. Die vertraglichen Abschlusskosten betragen 4%:
  - a) für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter bis 49 Jahren, von der Summe aller laufenden Prämien während der kompletten Prämienzahlungsdauer (siehe Artikel 5.3),
  - b) für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter von 50 Jahren und darüber, von der vereinbarten Versicherungsprämie für die Dauer von 15 Jahren des Versicherungsvertrages.

Abschlusskosten in Höhe von 4% der vertraglich vereinbarten laufenden Versicherungsprämien werden jeweils zu 1/60 am Monatsende der ersten 60 Versicherungsmonate fällig und vom Versicherungskonto abgezogen. Die Abschlusskosten erhöhen sich nicht, wenn mehr Prämien gezahlt werden, als dies im Versicherungsvertrag vereinbart ist. Falls der Versicherungsvertrag vom Versicherungsnehmer gekündigt wird, wird für die Berechnung des Rückkaufwertes der letzte Saldo des Versicherungskontos um den Teil der Abschlusskosten erhöht, der bei laufender Prämienzahlung noch nicht abgezogen worden wäre.

3. In den ersten 60 Versicherungsmonaten wird jeweils eine Vertragsgebühr in Höhe von 0,04% vom Versicherungskonto abgezogen:
  - a) für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter bis 49 Jahren, von der Summe aller laufenden Prämien während der kompletten Prämienzahlungsdauer (siehe Artikel 5.3) monatlich (summiert sich damit über eine Laufzeit von 5 Jahren auf 2,4%),
  - b) für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter von 50 Jahren und darüber: von der vereinbarten Versicherungsprämie für die Dauer von 15 Jahren des Versicherungsvertrages monatlich (summiert sich damit über eine Laufzeit von 5 Jahren auf 2,4%).

Werden mehr Prämien bezahlt als im Versicherungsvertrag vereinbart, erhöht dies nicht die Vertragsgebühr.

4. Als Verwaltungsgebühr werden jeweils 5 € am Monatsende vom Versicherungskonto abgezogen.
5. Als Investitionsgebühr werden 0,1% vom Eröffnungsmontatssaldo des Versicherungskontos am Monatsende abgezogen, mindestens jedoch 2 €. Diese Gebühr deckt die Vermögensverwaltungskosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfonds, in die investiert wird.
6. Die Risikodeckungsgebühren werden monatlich vom Versicherungskonto abgezogen und ergeben sich aus der Abzugstabelle wobei risikobedingte Zu- oder Abschläge möglich sind. Das in der Abzugstabelle genannte Alter stellt das jeweilige laufende Alter der versicherten Person dar. Die Risikodeckungsgebühren steigen somit im Vertragsverlauf entsprechend.
7. Eine Überschussbeteiligung wird nicht gewährt.

## Artikel 13 Teilrückkauf

1. Der Versicherungsnehmer kann in Textform einen Teilrückkauf jederzeit zum Ende der nächsten Versicherungsperiode beanspruchen. Nach Abwicklung des Teilrückkaufes muss auf dem Versicherungskonto mindestens ein Saldo in Höhe von 1.000 Euro verbleiben. Das Recht zum Teilrückkauf gilt unter der Bedingung, dass der NOVIS Versicherungsfonds, aus dem die Auszahlung erfolgen soll, über genügend liquide Mittel verfügt bzw. verfügbar machen kann, um den beanspruchten Teilrückkauf zur Gänze abzuwickeln.
2. Der Mindestwert des Teilrückkaufes muss 500 Euro entsprechen.
3. Der Teilrückkauf hat keinen Einfluss auf die Versicherungsdauer und auf die bestehende Versicherungsdeckung.
4. Eine Überschussbeteiligung wird nicht gewährt.

## Artikel 14

### Rechte und Pflichten der Vertragspartner

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet:
  - a) wahrheitsgemäß und vollständig alle gefahrerheblichen Fragen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die der Versicherer bis zur Abgabe der Vertragserklärung in Textform stellt, zu beantworten (dies gilt auch in dem Fall, wenn es sich um eine Änderung eines bereits bestehenden Versicherungsvertrages handelt). Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten nach der Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform stellt.
  - b) der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien spätestens zu den im Versicherungsvertrag vereinbarten Terminen zu bezahlen,
  - c) dem Versicherer die Adressänderungen oder andere Kommunikationsangaben, vor allem die E-Mail-Adresse, an die der Versicherer Informationen und Entscheidungen zusenden soll, bekannt zu geben. Bei Verletzung dieser Obliegenheit gelten die Rechtsfolgen in Absatz 6 dieses Artikels.
2. Der Versicherer muss seine Pflichten einhalten, die sich aus den Vertragsbestimmungen, aus diesen Versicherungsbedingungen und aus den gesetzlichen Bestimmungen ergeben.
3. Der Versicherer hat das Recht:
  - a) die Bezahlung der offenen vereinbarten Versicherungsprämien zu fordern,
  - b) im Leistungsfall vom Versicherten zu fordern, dass er sich einer Untersuchung durch einen vom Versicherer zu bestimmenden Sachverständigen unterzieht, soweit dies zur Feststellung der Leistungspflicht oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist; ferner dass der Versicherte, oder im Falle einer Todesfallleistung der Bezugsberechtigte, in diesem Fall auch medizinische Unterlagen vorlegt, die zur Beurteilung des Leistungsfalls erforderlich sind, soweit deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann. Kommt der Versicherte dieser Obliegenheit nicht nach, gelten die Rechtsfolgen in Absatz 6 dieses Artikels.
  - c) die Identität des Versicherungsnehmers und der Versicherten sowie der Empfänger einer Leistung zu überprüfen und ggf. einen Nachweis der Identitätsangaben zu verlangen. Wird ein solcher Nachweis der Identitätsangaben nicht erbracht, gelten die

Rechtsfolgen in Absatz 6 dieses Artikels.

4. Im Fall einer Verletzung der im Absatz 1a) dieses Artikels aufgeführten Pflicht hat der Versicherer folgende Rechte:
  - a) Die dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten im Rahmen des Antrags in Textform gestellten Fragen zu den gesundheitlichen Verhältnissen und weiteren gefahrerheblichen Umständen (inkl. der Erklärungen des Versicherten) sind Grundlage für die Beurteilung des vom Versicherer zu übernehmenden Versicherungsrisikos. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind nach §§ 19-22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gesetzlich verpflichtet, alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
  - b) Bei Verletzung dieser Pflicht muss der Versicherungsnehmer mit Nachteilen mit Blick auf seinen Versicherungsschutz rechnen. Je nach Schwere des Verschuldens bei einer Anzeigepflichtverletzung ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen oder den Vertrag – auch rückwirkend – anzupassen.
  - c) Ein Rücktritt infolge grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Anzeigepflichtverletzung kann zur Leistungsfreiheit im Schadenfall, auch für bereits eingetretene und abgewickelte Versicherungsfälle, führen. Infolge einer schuldlosen oder leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung kann der Versicherer den Vertrag mit Wirkung für die Zukunft kündigen, so dass für die Zukunft kein Versicherungsschutz mehr besteht.
  - d) Hätte der Versicherer den Vertrag jedoch mit dem Versicherungsnehmer auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihre Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig, so kann der Versicherer den Vertrag rückwirkend entsprechend anpassen (z.B. durch Einfügung eines Risikoabschlusses oder Risikozuschlages). Dies kann auch dazu führen, dass in einem bereits eingetretenen oder künftigen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz unter diesem Vertrag bestehen kann.
  - e) Hätte der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis von dem verschwiegenen oder unzutreffend angegebenen Umstand abgeschlossen und verletzt der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte ihre Anzeigepflicht nicht schuldhaft, so kann der Versicherer den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode entsprechend anpassen.
  - f) Verletzen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihre Anzeigepflicht arglistig, kann der Versicherer den Vertrag anfechten. Auch in diesem Fall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Im Falle eines gedeckten Versicherungsereignisses ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb von 15 Tagen nach Beendigung der notwendigen Leistungsabwicklungsmaßnahmen die Versicherungsleistung auszuzahlen.
6. Wird eine Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles nicht gegenüber dem Versicherer erfüllt, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.  
Wird eine Obliegenheit vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles vorsätzlich nicht erfüllt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers

entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer bzw. deren Erben. Dies gilt nicht, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Obliegenheit arglistig verletzt. Über diese Rechtsfolgen wird der Versicherer den Versicherungsnehmer oder die Erben nach Eintritt des Versicherungsfalles noch einmal durch gesonderte Mitteilung in Textform hinweisen.

## Artikel 15 Prämienfreistellung

1. Die Versicherung im bezahlten Zustand ist eine Versicherung ohne die Pflicht, weitere Versicherungsprämien zu bezahlen. Der Versicherungsnehmer hat jedoch weiterhin die Möglichkeit, Versicherungsprämien freiwillig zu bezahlen.
2. Im bezahlten Zustand befinden sich:
  - a) alle Versicherungsverträge, bei denen die gesamte vereinbarte Prämiensumme bereits bezahlt wurde,
  - b) die Versicherungsverträge, die gemäß Abs. 3 dieses Artikels auf Wunsch des Versicherungsnehmers in eine prämienfreie Versicherung überführt wurden.
3. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung des Versicherungsvertrages in eine prämienfreie Versicherung verlangen, wenn der aktuelle Saldo des Versicherungskontos mindestens 1.000 Euro beträgt.  
Der Versicherungsnehmer hat eine gewünschte Prämienfreistellung in Textform (E-Mail oder Brief) beim Versicherer zu beantragen. Nach Zugang dieses Antrages über die Prämienfreistellung wird ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode der Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung überführt.
4. Während der Dauer Prämienfreistellung wird der Wert des Versicherungskontos jeden Monat im Sinne von Artikel 8 dieser Versicherungsbedingungen neu berechnet, wobei die vereinbarten Versicherungsdeckungen gültig bleiben.
5. Die Versicherung, die sich im bezahlten Zustand befindet, endet am letzten Tag des zweiten Monats, der nach dem Monat folgt, in dem das erste Mal der Saldo negativ ist. Dies bedeutet, dass bei Versicherungsverträgen, die sich im bezahlten Zustand befinden (prämienfreie Versicherungsverträge), das vorhandene Vertragsguthaben auf dem Versicherungskonto durch die weiterhin in Abzug zu bringenden Kosten aufgezehrt werden kann, was zu einem Erlöschen des Vertrages und damit einhergehend zu einem Verlust des gesamten Versicherungsschutzes führen kann. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, gemäß Artikel 16 Nr. 2 jederzeit eine Reduzierung der vereinbarten Versicherungsdeckung zu beantragen und damit ein Aufzehren des Vertragsguthabens durch die laufende Entnahme von Kosten hinauszuzögern.

## Artikel 16 Vertragsänderungen

1. Der Versicherungsnehmer hat erst nach 5 Jahren das Recht, eine Reduktion der Höhe der vereinbarten laufenden Versicherungsprämie zu verlangen. Das Recht des Versicherungsnehmers in Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 165 VVG bleibt hiervon unberührt. Der Versicherer kann dieses Verlangen nach einer Beitragsreduzierung nur dann ablehnen, wenn die vom Versicherungsnehmer neue gewünschte laufende Ver-

sicherungsprämie im Hinblick auf die in dem Versicherungsvertrag vereinbarte Versicherungsdeckung nicht ausreichend wäre.

2. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, einmal im Jahr kostenfrei in Textform eine Änderung der vereinbarten Versicherungsdeckung zu beantragen. Im Zusammenhang mit einer Prämienfreistellung (Artikel 15) besteht abweichend hiervon stets das Recht zur Änderung der vereinbarten Versicherungsdeckung. Die im Artikel 1 Nr. 4 festgelegte Mindesthöhe der kumulativen Versicherungssumme ist einzuhalten. Die Zustimmung des Versicherers zur Änderung der vereinbarten Versicherungsdeckung ist von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig. Zudem behält der Versicherer sich das Recht vor, die Erhöhung der Versicherungsdeckung in vollem Umfang oder teilweise abzulehnen, wenn:
  - a) sich dies aus dem Ergebnis der Begutachtung des individuellen Versicherungsrisikos ergibt,
  - b) der Versicherte bei der Änderung der Versicherungsdeckung nicht alle von dem Versicherer geforderten Unterlagen und Informationen innerhalb von der durch den Versicherer festgesetzten Frist vorlegt,
  - c) eine der zu ändernden Versicherungssummen die für den Versicherer akzeptable Grenze für die Risikodeckung übersteigt.
3. Wenn ein minderjähriges Kind im Versicherungsvertrag versicherte Person ist, kann dieses mit Eintritt der Volljährigkeit an die Stelle des Versicherungsnehmers treten, wenn der Versicherungsnehmer dies beantragt hat und die versicherte Person nach Erreichen der Volljährigkeit zustimmt.
4. Änderungen gemäß diesem Artikel treten ab dem ersten Tag des Monats in Kraft, der nach dem Zugang (E-Mail oder Brief) der Mitteilung in Textform folgt, wenn die Mitteilung zusammen mit allen notwendigen Unterlagen zur Beurteilung der Änderung dem Versicherer rechtzeitig vor dem Ende des entsprechenden Monats zugestellt wurde. Im Fall, dass der Versicherer im Einklang mit den Bestimmungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer vom Versicherungsnehmer beantragten Änderung nicht zustimmt, besteht die Versicherung zu unveränderten Bedingungen weiter.

## Artikel 17 Bezugsberechtigte Personen

1. Der Versicherte verfügt über das Recht auf die Versicherungsleistung, außer in seinem Todesfall.
2. Wenn im Versicherungsvertrag vereinbart wird, dass der Versicherungsfall das Ableben des Versicherten darstellt, verfügt der Versicherungsnehmer über das Recht, die berechtigten Personen zu bestimmen, die im Versicherungsfall das Recht an der Versicherungsleistung erlangen (= Bezugsberechtigte), und zwar mit ihrem Vornamen, Nachnamen und Geburtsdatum und mit dem vollem Firmennamen. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer die bezugsberechtigten Personen ändern, soweit es sich um widerruflich Bezugsberechtigte handelt. Wenn der Versicherungsnehmer nicht gleichzeitig der Versicherte ist, kann er so nur mit der Zustimmung der Versicherten handeln. Die Änderung der bezugsberechtigten Personen tritt mit dem Zugang der Erklärung an den Versicherer in Kraft. Bei einem unwiderruflichen Bezugsberechtigten ist eine Änderung nicht möglich. Im Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers wird der aktuelle Saldo (Guthaben) des Versicherungskontos ausbezahlt. Soweit vom Versicherungsnehmer auch das „Ableben“ und/oder „Unfall, erweiterte Unfalldeckung, Unfalltod“ des Versicherten versichert ist, wer-

den darüber hinaus die festgelegten Versicherungssummen an die bezugsberechtigten Personen ausbezahlt.

3. Im Fall, dass das Versicherungsrisiko das Ableben des Versicherten darstellt und in dem Versicherungsvertrag keine bezugsberechtigten Personen festgesetzt sind, ergeben sich die Leistungsempfänger durch die gesetzlichen Bestimmungen.
4. Im Todesfall des Versicherungsnehmers werden an die bezugsberechtigten Personen in Summe 100% des Guthabens der Anteilseinheiten von dem Versicherungskonto anteilig ausbezahlt. Wenn keine bezugsberechtigten Personen bestimmt sind, gilt entsprechend die Bestimmung von Absatz 3 dieses Artikels. Wenn der Versicherungsnehmer gleichzeitig der Versicherte für den Ablebensfall ist, wird an die bezugsberechtigten Personen das Guthaben des Versicherungskontos zusammen mit der Versicherungssumme für den Todesfall anteilig ausbezahlt.

## Artikel 18

### Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz für das Versicherungsrisiko „Ableben“ und für das Versicherungsrisiko „Unfall, erweiterte Unfalldeckung und Unfalltod“ tritt um 0:00 Uhr des ersten Tags nach dem Versicherungsvertragsabschluss in Kraft, aber nicht vor dem im Versicherungsantrag festgelegten technischen Beginn.
2. Der Versicherungsschutz für das Versicherungsrisiko „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ tritt 5 Monate nach dem Versicherungsbeginn in Kraft.
3. Wenn die Versicherungssumme für „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ erhöht wurde, ist die Versicherungssumme innerhalb von den ersten 5 Monaten nach der Erhöhung in der ursprünglichen Höhe der Versicherungssumme gewährleistet und nach 5 Monaten bezieht sich der Versicherungsschutz auf die erhöhte Versicherungssumme.
4. Im Fall der Diagnose einer kritischen Erkrankung im Sinne von Artikel 27 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsteht der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen aus der Versicherungsdeckung „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ wegen einer anderen kritischen Erkrankung frühestens zwei Jahre nach der Leistungserbringung bei erneuter Diagnose. Mehrfache Versicherungsleistungen aufgrund derselben kritischen Erkrankung sind ausgeschlossen.
5. Der Versicherungsschutz für alle Versicherungsrisiken endet spätestens bei der Beendigung des Versicherungsvertrags und früher nur im Fall, dass der Versicherungsnehmer im Rahmen einer Änderung des Versicherungsvertrags die Beendigung eines bestimmten Versicherungsrisikos im Sinne von Artikel 16 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen verlangt.

## Artikel 19

### Ausschluss der Leistungspflicht

1. Bei folgenden Ereignissen entsteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung
  - a) Teilnahme des Versicherten an militärischen Einsätzen, die zum Versicherungsfall führt,
  - b) Teilnahme des Versicherten an einer Revolte, einem Aufstand oder an Unruhen auf der Seite der Aufstandsverursacher,
  - c) Nukleare Katastrophe oder militärische Konflikte,
  - d) Unfälle, die infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall entstehen,
  - e) Teilnahme des Versicherten an einer terroristisch motivierten Handlung,
  - f) Epidemie, die deren weitreichendes Gebiet und ei-

nen bedeutenden Teil der Bevölkerung betrifft (Pandemie),

- g) das Verrenken eines Gelenkes an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule, sowie das Zerren oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule infolge von Heben oder Verschieben von Gegenständen,
  - h) körperlicher Schaden durch ionisierende Strahlen oder Kernenergie,
  - i) übermäßiger Alkohol-, Gift-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch, der einen kausalen Zusammenhang mit dem Versicherungsfall hat. Davon ausgenommen sind Medikamente, die unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden,
  - j) vorsätzliche Herbeiführung einer Krankheit, Kraftschwund, vorsätzliche Selbstverletzung oder Suizidversuch, innerhalb von zwei Jahren nach in Kraft treten der Versicherungsdeckung,
  - k) Einfluss von Stromstrahlen mit der Kraft von mindestens 100 Elektronenvolt, Neutronen einer beliebigen Energie, Laserstrahlen oder künstlich produzierten Ultraviolettstrahlen. Wenn eine Bestrahlung für Heilungszwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, bleibt der volle Versicherungsschutz erhalten.
  - l) Erkrankungen an AIDS oder HIV-Infektion (direkt oder indirekt) mit Ausnahme von Fällen, in denen die kritische Erkrankung oder Operation durch die HIV-Infektion verursacht wurde, die infolge der Berufsausübung oder durch eine Bluttransfusion oder die Transfusion von Blutprodukten während der Dauer des Versicherungsschutzes ausgebrochen ist,
  - m) vorsätzliche Straftat des Versicherten,
  - n) wenn die versicherte Person in einem Luftfahrzeug fliegt, außer dem Fliegen als Passagier und nicht als Mitglied der Besatzung, in einem zivilen Luftfahrzeug, das ordnungsgemäß befördert wird,
  - o) gefährliche Sportarten wie Motorsport, Tauchen, Bergsteigen, Paragleiten, Fallschirmspringen, Kampfsport, Rafting und Bungee-Jumping,
  - p) Augenlaserkorrektur und Augenchirurgie aus ästhetischen Gründen und um den Komfort zu verbessern.
2. Die bezugsberechtigten Personen haben kein Recht auf die Versicherungsleistung, wenn eine bezugsberechtigte Person den Tod des Versicherten durch eine vorsätzliche Straftat verursacht hat. Wenn ein sachlich zuständiges Staatsorgan eine Ermittlung auf Grund von einem Straftatverdacht eingeleitet hat, ist der Versicherer berechtigt, die Auszahlung der Versicherungsleistung an die bezugsberechtigte Person bis zum Zeitpunkt des Abschlusses des Ermittlungsverfahrens zurückzubehalten.
  3. Die Versicherungsleistung wird abgelehnt, wenn die versicherte Person sich vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Wenn die versicherte Person einen Suizid innerhalb der ersten zwei Jahre ab der Erhöhung der Versicherungsdeckung (vgl. Artikel 16 Nr. 2) für den Todesfall verübt, wird der Versicherer die Versicherungsleistung in Höhe von der Versicherungssumme, die vor der Erhöhung bestanden hat, bezahlen.

## Artikel 20

### Ärztke Kommission

1. Im Fall von unterschiedlichen Ansichten des Versicher-

ten und des Versicherers über den Typ und den Umfang der Versicherungsleistung wird - soweit nicht das versicherte Risiko Todesfall vorliegt - über die Versicherungsleistung eine aus zwei Ärzten und einem Vorsitzenden bestehende Ärztekommision entscheiden. Einen Arzt der Ärztekommision nennt der Versicherer und einen der Versicherte. Der Vorsitzende wird durch diese beiden Ärzte ausgewählt. Der Vorsitzende sollte über Fachkenntnisse in der gegebenen Problematik verfügen. Wenn die Ärzte binnen eines Monats ab ihrer Benennung keine Vereinbarung über die Person des Vorsitzenden treffen, wird der Vorsitzende auf Antrag des Versicherers oder des Versicherten durch die für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständige Ärztekammer ernannt.

2. Sowohl Versicherer als auch Versicherer haben das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.
3. Der Versicherte ist verpflichtet, sich durch die Ärzte der Kommission untersuchen zu lassen und sich allen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
4. Kosten für die Ärztekommision tragen entweder der Versicherer oder der Versicherte, je nachdem, wer die Untersuchung des Gesundheitszustandes durch die Ärztekommision beantragt hat.

## ZWEITER TEIL

### Bestimmungen über die Versicherungsrisiken

## 1. Ableben

### Artikel 21

#### Versicherungsfall und Umfang der Versicherungsleistung im Todesfall

1. Der Versicherungsfall beim Versicherungsrisiko „Ableben“ ist der Todesfall des Versicherten während der Versicherungsdauer, es sei denn, der Versicherungsschutz wurde aus anderen Gründen beendet. Der Tod des Versicherten muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden, wobei dem Versicherer diese Unterlagen vorzulegen sind:
  - a) amtlich beglaubigte, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde des Versicherten,
  - b) einen Totenschein oder einen sonstigen Nachweis der Todesursache.
 Kommt der Versicherungsnehmer dieser Obliegenheit nicht nach, treten die in Artikel 14 Nr. 6 genannten Rechtsfolgen bei nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllenden Obliegenheiten ein.
2. Im Todesfall des Versicherten wird zusätzlich zur Versicherungsleistung das Guthaben des Versicherungskontos am Todestag des Versicherten (inklusive dem Wert des NOVIS-Treue-Bonus) als Teil der Versicherungsleistung an die Begünstigten ausbezahlt.
3. Wenn der Anspruch auf Versicherungsleistung beim Tod des Versicherten aus den in Artikel 19 genannten Ausschlussgründen nicht entstanden ist, wird den Begünstigten das aktuelle Guthaben des Versicherungskontos (inklusive dem Wert des NOVIS-Treue-Bonus) ausgezahlt.

## 2. Erleben

### Artikel 22

#### Umfang der Versicherungsleistung

1. Der Versicherungsfall des Versicherungsrisikos „Erleben“ tritt ein, wenn in dem Versicherungsvertrag eine befristete

Versicherungsdauer vereinbart wurde und der Versicherungsnehmer das Ende der Versicherungsdauer erlebt.

2. Die Versicherungssumme im Erlebensfall ist entweder im Versicherungsvertrag vereinbart, oder wenn sie nicht vereinbart wurde, entspricht sie dem Guthaben des Versicherungskontos am Tag des Erlebens.
3. Die Versicherungssumme im Erlebensfall kann in voller Höhe auf einmal oder in Form einer Rente ausbezahlt werden. Die Versicherungssumme kann auch teilweise sofort ausbezahlt und teilweise als Rente ausbezahlt werden.

### 3. Unfall, erweiterte Unfalldeckung, Unfalltod

#### Artikel 23 Der Unfallbegriff

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung oder Tod erleidet.
2. Als Unfall versteht sich auch die durch Zecken übertragene Kinderlähmung und Meningoenzephalitis, sowie auch Tetanus und Tollwut, die durch eine Ansteckung bei einem Unfall verursacht wurden.
3. Als Unfall werden auch die folgenden Ereignisse betrachtet, ungeachtet des Willens des Versicherten, die dem Versicherten einen anhaltenden körperlichen Schaden oder Tod verursacht haben:
  - a) Ertrinken,
  - b) Verbrennung, Verbrühung, Einwirkung von Blitzeinschlag oder elektrischem Strom,
  - c) Plötzliches und unbewusstes Einatmen von Gasen oder Dämpfen, plötzliche und unbeabsichtigte Einnahme von giftigen oder ätzenden Substanzen.
4. Als Unfall gelten nicht:
  - a) Suizid oder Suizidversuch,
  - b) vorsätzliche Selbstverletzung,
  - c) Unfall aufgrund eines Myokardinfarkts,
  - d) Unfall aufgrund eines Schlaganfall,
  - e) Verschlechterung einer Erkrankung infolge eines Unfalls,
  - f) Verletzung von degenerativ veränderten Organen (z.B. Achillessehne und Meniskus) durch eine geringe indirekte gewaltsame Einwirkung,
  - g) Innerer körperlicher Schaden infolge von Heben und Verschiebung von Gegenständen.
5. Der Anspruch auf Versicherungsleistung bei einem Unfall besteht nicht bei Muskelschäden, oder Verletzungen der Bänder oder bei Brüchen, wenn der Versicherungsfall nicht durch bildgebende Verfahren bestätigt wird. Bei Schäden an Muskeln und Bändern des Bewegungsapparates („weiche Strukturen“) müssen diese Schäden durch ein bildgebendes Verfahren wie Magnetresonananz, Computertomographie oder Ultraschall nachgewiesen werden. Bei Frakturen müssen sie gegebenenfalls durch eine Röntgenuntersuchung bestätigt werden. Dieser Punkt gilt nicht im Falle einer Schwangerschaft, wenn die oben genannten Untersuchungen nicht durchgeführt werden können.

#### Artikel 24 Inanspruchnahme von

##### Versicherungsleistungen bei Unfall, Unfalltod oder erweiterter Unfalldeckung

Bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen gelten entsprechend die Bestimmungen von Artikel 30 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### Artikel 25

##### Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung

1. Der Versicherer gewährt dem Versicherten im Versicherungsfall die Versicherungsleistung in vier Formen:
  - a) **Dauerfolgen auf Grund eines Unfalls:**
    - aa) Wenn nach dem Ablauf von einem Jahr ab dem Tag des Unfalls nachgewiesen wird, dass der Versicherte infolge des Unfalls:
      - aaa) nachhaltige Folgen im Umfang von höchstens 35% gemäß der Bewertungstabelle des Versicherers erlitten hat, wird dem Versicherten eine Versicherungsleistung bezahlt, deren Höhe dem Prozentsatz der Versicherungssumme für Unfall entspricht.
      - aab) nachhaltige Folgen im Umfang von 36% bis 100% gemäß der Bewertungstabelle des Versicherers erlitten hat, wird dem Versicherten der Betrag bezahlt, deren Höhe dem doppelten Prozentsatz der Versicherungssumme für Unfall entspricht.
    - ab) Bis zu einem Jahr nach dem Unfall wird dem Versicherten die Versicherungsleistung für Dauerfolgen infolge eines Unfalls nur in dem Fall bezahlt, wenn die Art und der Mindestumfang der Dauerfolgen des Unfalls aus ärztlicher Sicht eindeutig festgestellt werden können.
    - ac) Wenn der Umfang der Dauerfolgen infolge eines Unfalls nicht eindeutig festgestellt werden kann, ist sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Umfang der Dauerfolgen infolge eines Unfalls einmal jährlich binnen vier Jahren ab dem Unfall und nach zwei Jahren ab dem Unfall auch durch eine Ärztekommision erneut feststellen zu lassen.
    - ad) Im Fall, dass der Versicherte aufgrund eines einzigen Unfalls mehrere Dauerfolgen erleidet, werden die einzelnen Dauerfolgen mit der Versicherungssumme und dem jeweiligen Prozentsatz der verschiedenen Dauerfolgen bewertet, aber zusammen jedoch maximal mit 100% der Versicherungssumme.
    - ae) Wenn der Versicherte Dauerfolgen infolge eines Unfalls erlitten hat und diese Dauerfolgen ein Körperteil oder ein Organ betreffen, dessen Funktion aus beliebigen Gründen bereits vor diesem Unfall gemindert war, wird der Versicherer den Umfang von den Dauerfolgen infolge eines Unfalls um den Prozentsatz senken, der dem Prozentsatz der vorhandenen Funktionsminderung entspricht.
    - af) Wenn der Versicherte Dauerfolgen infolge einer durch Zecken übertragenen Kinderlähmung oder Meningoenzephalitis erleidet, zahlt der Versicherer die für einen solchen Unfall versicherte Summe, wenn die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn, spätestens aber 15 Tage nach Ende des Versicherungsschutzes für den Unfall serologisch festgestellt wird. Als Anfang der Erkrankung (Zeitpunkt des Versicherungsfalls) gilt der Tag, an dem ein Arzt wegen der diagnostizierten Kinderlähmung oder wegen Meningoenzephalitis aufgesucht wurde.
    - ag) Der Versicherer gewährt dem Versicherten eine Versicherungsleistung in Höhe der angemessenen unmittelbaren medizinischen Kosten für kosmetische Operationen nach dem Unfall, der bleibende Folgen hinterlassen hat. Dies gilt

nur für die medizinischen Kosten für die vom Arzt angegebenen notwendigen kosmetischen Operationen, deren Zweck es ist, die Folgen der Gesundheitsschädigung des Versicherten zu mindern. Die Versicherungsleistung wird nur erbracht, wenn diese Kosten dem Versicherten im ersten Jahr nach dem Unfall entstanden sind und der Versicherte keinen Anspruch auf Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung hatte, und zwar bis zur Hälfte der voraussichtlichen Höhe der Versicherungsleistung für die Dauerfolgen infolge des Unfalls, höchstens jedoch 20 % der Versicherungssumme der Unfallversicherung. Angemessene Kosten sind Kosten, die zum Zeitpunkt und am Ort der Ausgabe üblich sind. Der Versicherungsschutz gilt nur für Kosten, die dem Versicherten in einer medizinischen Einrichtung mit einer gültigen Genehmigung zum Betrieb einer medizinischen Einrichtung entstehen.

##### b) Unfalltod:

- ba) Wenn es zum Todesfall des Versicherten infolge eines Unfalls innerhalb von einem Jahr ab dem Tag des Unfalls kommt, bezahlt der Versicherer die gesamte Versicherungssumme für den Unfall an die bezugsberechtigten Personen.
- bb) Wenn der Versicherte infolge eines Unfalls verstirbt, für den der Versicherer bereits geleistet hat, wird der Versicherer den bezugsberechtigten Personen die Differenz zwischen der Versicherungssumme für den Unfall und dem bereits bezahlten Betrag leisten.
- bc) Wenn der Todesfall des Versicherten infolge einer durch Zecken übertragenen Kinderlähmung oder Meningoenzephalitis eintritt, zahlt der Versicherer die Versicherungsleistung für den Unfall an die Begünstigten aus. Dies gilt nur, wenn die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn, spätestens jedoch 15 Tage nach dem Ende des Versicherungsschutzes für den Unfalltod serologisch festgestellt wird. Als Anfang der Erkrankung (Zeitpunkt des Versicherungsfalls) gilt der Tag, an dem ein Arzt wegen der diagnostizierten Kinderlähmung oder wegen Meningoenzephalitis aufgesucht wurde.

##### c) für die erweiterte Unfalldeckung

###### (Unfall-Sofortleistung):

- ca) Über die erweiterte Unfalldeckung wird die Versicherungsleistung auf weitere Unfallrisiken des Versicherten erweitert, die in der Bewertungstabelle des Versicherers für die erweiterte Unfalldeckung angeführt sind (im Weiteren nur der „versicherte Unfall“).
- cb) Wenn der versicherte Unfall gemäß ca) eintritt, wird der Versicherer dem Versicherten die Versicherungsleistung in der Form einer Tagesleistung für die Zeit bezahlen, die dem notwendigen Behandlungszeitraum gemäß der Bewertungstabelle des Versicherers für die erweiterte Unfalldeckung entspricht.
- cc) Die Versicherungsleistung in der Form von Tagesleistungen wird in Höhe von 1% pro Tagesleistung von der Versicherungssumme für Unfall gewährt.
- cd) Wenn der Versicherte infolge eines einzigen Unfalls mehrere körperliche Schäden erlitten hat, wird der Versicherer nur für die Zeit der längsten unerlässlichen Behandlung bezahlen. Wenn der Versicherte in der Zeit der Behandlung eines Unfalls einen weiteren Unfall erleidet, wird die

Anzahl der Tage festgesetzt, für die der Versicherte die Tagesleistung für den zweiten Unfall zu erbringen hätte, in Summe höchstens die Anzahl von Tagen, die in der Bewertungstabelle des Versicherers für beide Verletzungen angegeben ist. Die Überlappungszeit der Behandlung von beiden Unfällen wird nur einmal angerechnet.

- ce) Damit die Tagesleistung für die Zeit der unerlässlichen Behandlung bezahlt wird, muss die Zeit der unerlässlichen Behandlung nach einem Unfall mindestens 6 Tage erreichen.
- cf) Die erweiterte Unfalldeckung deckt eine unbegrenzte Anzahl von versicherten Unfällen während der Dauer dieses Versicherungsschutzes.
- cg) Wenn der versicherte Unfall im Sinne von ca) Dauerfolgen nach sich zieht, wird der Versicherer dem Versicherten die Versicherungsleistung für Dauerfolgen bezahlen, wie es im Punkt a) dieses Absatzes definiert ist, gemindert um die von der erweiterten Unfalldeckung bereits gewährten Versicherungsleistung.

#### d) Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Unfalls:

da) Vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Zur Gewährung eines Taggeldes bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit in Folge Unfall hat ein Arzt oder eine medizinische Einrichtung eine Bescheinigung über die vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit unter Angabe der entsprechenden Diagnoseschlüssel auszustellen.

db) Ist der Versicherte infolge seines Unfalls länger als 29 Tage vollständig arbeitsunfähig, zahlt der Versicherer dem Versicherten das Tagesgeld aus.

dc) Die Versicherungsleistung in der Form von Tagesleistungen wird in Höhe von 1‰ der Versicherungssumme für Unfall für jeden Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 1. Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit gewährt.

dd) Überschneidet sich die Versicherungsleistung nach Art. 25 1 db) mit der Leistung der erweiterten Unfalldeckung (Art. 25 1c) AVB), so erbringt der Versicherer für den Zeitraum der Überschneidung nur die Leistung der erweiterten Unfalldeckung.

de) Die Höchstzahl der Arbeitsunfähigkeitstage für einen Versicherungsfall, für den die Versicherungsleistung erbracht wird, beträgt 180. Die Zahl der versicherten Arbeitsunfähigkeitsfälle des Versicherten während der gesamten Dauer der Unfallzusatzversicherung ist nicht begrenzt.

df) Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte hat keinen Anspruch auf Entschädigung für Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Unfalls, wenn er zum Zeitpunkt des Schadenseintritts arbeitslos war, d.h. keine berufliche Tätigkeit ausübte, die irgendeine Art von Verdienst ermöglichen würde.

#### 2. Vergleich von Verletzungen, die in den Bewertungstabellen nicht erwähnt werden:

- a) Verursacht der Unfall des Versicherten Dauerfolgen, die in den Bewertungstabellen des Versicherers nicht angeführt sind, wird der Prozentsatz analog zu dem in den Bewertungstabellen angegebenen Prozentsatz für unfallbedingte Dauerfolgen ermittelt, der dem Grad der

Schädigung des Organs am nächsten kommen.

- b) Wenn der Versicherte einen Unfall erleidet, der nicht in der Bewertungstabelle „ERWEITERTE UNFALLDECKUNG – NOTWENDIGER BEHANDLUNGSZEITRAUM“ angeführt ist, wird der Zeitraum der notwendigen Behandlung durch Analogie mit der ähnlichsten Verletzung bestimmt, die in den Bewertungstabellen „ERWEITERTE UNFALLDECKUNG - NOTWENDIGER BEHANDLUNGSZEITRAUM“ angeführt ist.
- c) Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn in den Bewertungstabellen kein Unfall oder keine Dauerfolgen angegeben sind, die dem Unfall oder den Dauerfolgen, die der Versicherte erlitten hat, ähnlich sind, d.h. sie können nicht als ähnlich gewertet werden, insbesondere wenn der Unfall oder die Dauerfolgen milderer Natur sind als die in den Bewertungstabellen aufgeführten Unfälle oder Dauerfolgen.

- x) Anämie verursacht durch die Behinderung von Knochenmark (aplastische Anämie).

## 2. Detaillierte Charakteristik der kritischen Erkrankungen

### a) Myokardinfarkt

Irreversible Beschädigung von einem Teil des Herzmuskels durch akute Absperrung des Herz-kranzgefäßes. Die Diagnose muss durch folgende Kennzahlen bestätigt sein:

- typische Schmerzen im Brustkorb, die auf einen Herzinfarkt hindeuten,
- Erhöhung von kardialen Biomarkern, einschließlich CK-MB über den allgemein akzeptierten normalen Laborwerten oder kardiales Troponin T oder I von 500ng/L und darüber,
- neue Änderungen am EKG mit der Abbildung eines akuten transmuralen Myokardinfarkts (QIM),
- Nachweis einer Reduktion der linksventrikulären Funktion, wie z.B. reduzierte linksventrikuläre Ejektionsfraktion oder signifikante Hypokinese, Akinese oder Wandbewegungsstörungen.

Stille (stumme) Myokardinfarkte, bei denen typische klinische Symptome für den Myokardinfarkt unsichtbar, bzw. unauffindbar sind, bleiben ausgeschlossen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch eine kardiologische Klinik oder von einem kardiologischen Facharzt bestätigten Diagnose.

### b) Bypassoperation

Die Vornahme eines chirurgischen Eingriffs am offenen Herzen, bei dem die Verengung oder der Verschluss von zwei oder mehr Koronararterien bei Personen mit abgegrenzten Angina pectoris-Symptomen durch ein Bypass-Implantat behoben wird. Die Vornahme einer Operation ohne Öffnung des Brustkorbs (Angioplastie, Ballondilatation, Laseroperation) und die Vornahme von Klappenoperationen ohne Einsatz von Prothesen sind keine kritischen Erkrankungen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Durchführung der Operation.

### c) Krebs

Jede bösartige Erkrankung, die durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung von bösartigen Zellen gekennzeichnet ist, die in Gewebe unterschiedlichen histologischen Typs eindringen. Die Diagnose muss durch histologische oder – bei systematischen Krebserkrankungen – zytologische Befunde bestätigt werden.

Von der obestehenden Definition sind die folgenden Punkte nicht abgedeckt:

- Carcinoma in situ
- Bösartige Erkrankungen der Haut mit Ausnahme des malignen Melanoms, die eine Invasion über die Epidermis hinaus verursacht haben
- Bösartige Erkrankungen der Prostata, sofern sie nicht mindestens bis zur TNM-Klassifikation T2NOMO fortgeschritten sind
- Jedes Papillarkarzinom der Schilddrüse, sofern es nicht mindestens bis zur TNM-Klassifikation T2NOMO fortgeschritten ist
- Jedes Hodgkin-Lymphom und Non-Hodgkin-Lymphom, es sei denn, es ist mindestens bis zur Ann Arbor-Klassifikation Stadium 2 fortgeschritten
- Jede Leukämie, die keine Anämie verursacht hat
- Jeder gastrointestinale Stromatumor, es sei denn, er ist mindestens bis zum TNM-Klassifikationsstadium T2NOMO fortgeschritten oder hat eine Mitoserate > 5 pro 50 hpf

Zur Klarstellung: Krankheiten oder Zustände, die als eine

## 4. Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit

### Artikel 26

#### Versicherungsfall und Recht auf Versicherungsleistung

Als Versicherungsfall des Versicherungsrisikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ gelten die Diagnose einer kritischen Erkrankung, die Vornahme einer Operation, der stationäre Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung oder Arbeitsunfähigkeit sowie die unerlässliche Pflegebedürftigkeit.

### Artikel 27

#### Diagnose von kritischen Erkrankungen

Wenn eine der folgenden kritischen Erkrankungen diagnostiziert wird, werden dem Versicherten 100% der Versicherungssumme für das Versicherungsrisiko der „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ gezahlt.

1. Der erste Teil des Versicherungsrisikos von „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ bezieht sich auf die Diagnose der folgenden kritischen Krankheiten gemäß der Definitionen in Art. 27.2 bzw. von der Feststellung einer unerlässlichen Pflegebedürftigkeit:

- a) Myokardinfarkt,
- b) Bypassoperation,
- c) Krebs,
- d) Schlaganfall,
- e) Nierenversagen,
- f) Transplantation von Organen,
- g) Multiple Sklerose,
- h) Lähmung,
- i) Erblindung,
- j) Unerlässliche Pflege,
- k) HIV-Infektion verursacht durch den ausgeübten Beruf,
- l) HIV-Infektion verursacht durch die Bluttransfusion oder Transfusion von Blutprodukten,
- m) Parkinson-Krankheit,
- n) Alzheimer-Krankheit,
- o) Gutartiger (benigner) Gehirntumor,
- p) Verlust des Hörvermögens,
- q) Fortgeschrittenes Stadium einer Lungenerkrankung,
- r) Sprachverlust,
- s) Ersetzung der Herzklappe,
- t) Operation der Aorta,
- u) Koma,
- v) Apallisches Syndrom (Gesamtzelltod der Hirnrinde),
- w) Primäre Lungenhypertension,

der folgenden Krankheiten oder Zustände beschrieben oder klassifiziert werden, gelten nach der obenstehenden Definition nicht als Krebs:

- prä-maligne
- nicht invasive
- Borderline-Tumore oder sogenannte LMP-Tumore („low malignant potential tumor“)
- Zervikale Dysplasie CIN-1, CIN-2 oder CIN-3

## d) Schlaganfall

Der Schlaganfall muss durch die Hirnblutung oder durch den Hirninfarkt infolge der Absperrung oder Ruptur des Hirngefäßes oder Embolie aus anderen Organen verursacht sein. Der Schlaganfall muss zu einem unerwarteten Auftreten von anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen führen. Der anhaltende neurologische Schaden muss objektiv mit einem neurologischen Befund und CT-Untersuchung des zentralen Nervensystems belegt werden, wobei die Erscheinungen der Behinderung noch über 3 Monate ab dem Eintritt des zentralen Hirnschlags andauern müssen. Die temporäre neurologische Symptomatologie (TIA, PRINT) ist keine kritische Erkrankung. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt bestätigten Diagnose. Sie kann frühestens zwölf Wochen nach dem Schlaganfall festgestellt werden.

## e) Nierenversagen

Das dauerhafte Versagen der Funktion von beiden Nieren (terminale Niereninsuffizienz), die eine dauerhafte Dialyse oder Nierentransplantation verlangt. Der Versicherungsfall entsteht erst nach 3 Behandlungsmonaten mit einer künstlichen Niere, wenn diese Behandlung auch nach dem Ablauf dieser Zeit andauert. Das Versagen oder die Entfernung einer Niere oder eine kompensierte Insuffizienz von Nieren sind keine kritischen Erkrankungen. Der Anspruch auf eine Versicherungsleistung entsteht nach der Vornahme der Nierentransplantation oder nach 3 Monaten nach Beginn einer dauerhaften Dialysebehandlung.

## f) Transplantation von Organen

Bedeutet die Organtransplantation von Mensch zu Mensch von einem Spender auf den Versicherten eines oder mehrerer der folgenden Organe: Niere, Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse oder die Transplantation von Knochenmark mit Hilfe von hämatopoetischen Stammzellen mit vorhergehender vollständiger Knochenmarkablation. Als Herztransplantation versteht sich auch die Implantation eines künstlichen Herzens. Die Transplantation von anderen Organen, Teilen von Organen, Geweben oder Zellen ist ausgeschlossen. Die Indikation für die Operation muss eine spezialisierte medizinische Einrichtung auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland durchführen. Etwaige Vornahme des Operationseingriffs im Ausland muss im Voraus besprochen und durch den Versicherer genehmigt sein. Bei Nichteinhaltung dieser Bedingung ist der Versicherer nicht verpflichtet die Leistung zu erbringen. Das Recht an die Versicherungsleistung entsteht nach der vorgenommenen Organtransplantation.

## g) Multiple Sklerose

Eindeutige Diagnose der Multiplen Sklerose, einer Krankheit, bei der es in Bereichen der weißen Substanz des Zentralnervensystems zur Demyelinisierung kommt, manchmal bis in die graue Substanz reichend. Die Diagnose wird durch die entsprechende Untersuchungstechnik (Compu-

tertomographie, Tomographie mit einem Teilungskörperchen und Magnetresonanztomographie) mit typischen Liquorbefunden (Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit) und mindestens zwei Rezidiven nachgewiesen. Ein Rezidiv ist das unerwartete Auftreten neuer oder frühzeitiger Symptome oder eine entsprechende Verschlechterung bestehender Symptome. In Bezug auf diesen Vertrag werden Ansprüche nur dann anerkannt, wenn Multiple Sklerose ein neurologisches Defizit verursacht, das zu einer dauerhaften und irreversiblen Unfähigkeit des Versicherten führt

- sich in Innenräumen auf ebenen Flächen von Raum zu Raum zu bewegen oder
- selbst zu essen, wenn das Essen zubereitet und serviert wurde.

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die Krankheit durch eine neurologische Fachabteilung eindeutig diagnostiziert wurde und die Behinderung ununterbrochen mindestens drei Monate andauert. Das erste akute Auftreten dieser Erkrankung und das Auftreten einer unklaren neurologischen Diagnose gelten nicht als Versicherungsfall. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der Bestätigung der Diagnose durch eine neurologische Klinik oder einen Facharzt/Neurologen.

## h) Lähmungen

- Paraplegie – vollständige Lähmung von beiden Extremitäten
- Tetraplegie – Lähmung von allen vier Extremitäten. Gesamte und anhaltende Lähmung von beiden Beinen oder beiden Händen oder beiden Beinen und Händen mit einer anhaltenden Beschädigung der Rückenmarksfähigkeit, die mindestens drei Monate andauert.

Lähmung einer Extremität, partielle Lähmung, Monoplegie und vorübergehende Lähmung sind keine kritischen Erkrankungen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt – Neurologen – bestätigte Diagnose.

## i) Erblindung

Ein vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls. Ein vollständiger Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen im Sinne dieser Bestimmungen liegt nur in folgenden Fällen vor:

- Bei Gesichtsfeld Einschränkung auf 20° oder weniger auf beiden Augen
- Wenn das Sehvermögen mit 3/60 oder schlechter gemessen wird, z.B. mit Snellen-Testtypen

Die Erblindung muss durch ophthalmologische Befunde bestätigt werden. Ein Unfall im Sinne dieser Bestimmungen ist eine körperliche Verletzung, die durch eine unerwartete, plötzliche und einmalige Einwirkung von äußeren Einflüssen verursacht wurde. Fälle, die durch Selbstmordversuche oder absichtliche Selbstverletzung verursacht wurden, gelten nicht als Unfall. Im Fall von Blindheit an einem Auge entsteht ein Anspruch auf die Versicherungsleistung in Höhe von 10% der Versicherungssumme. Der Versicherungsfall tritt nach drei Monaten ununterbrochener Blindheit ab dem Tag ein, an dem der Arzt der spezialisierten medizinischen Einrichtung die Diagnose festgesetzt hat. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch eine Augenfachklinik oder einen Facharzt – Ophthalmologen / Augenarzt bestätigten Diagnose.

## j) Unerlässliche Pflegebedürftigkeit

Als eine Person, die unerlässlicher Pflege im Sinne dieser Bedingungen bedarf, gilt eine Person, die infolge einer Erkrankung oder Kraftschwund wahrscheinlich dauerhaft dermaßen hilflos ist, dass sie bei mindestens vier von den weiter aufgeführten Punkten (a-e), als auch bei der Benutzung von technischen oder medizinischen Hilfsmitteln im erheblichen Umfang eine tagtägliche Hilfe einer weiteren Person benötigt.

a) Bewegung im Zimmer: 1 Pflegepunkt  
Auch wenn der Behinderte eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl verwendet, benötigt er bei der Bewegung die Unterstützung einer weiteren Person.

b) Aufstehen und Hinlegen: 1 Pflegepunkt  
Beim Verlassen des Bettes oder beim Hinlegen ist die Unterstützung einer weiteren Person notwendig.

c) Anziehen und Ausziehen: 1 Pflegepunkt  
Bei der Verwendung der Kleidung für Kranke ist die Hilfe einer weiteren Person beim An- und Ausziehen des Versicherten notwendig.

d) Einnahme von Speisen und Flüssigkeiten: 1 Pflegepunkt  
Bei der Verwendung von speziellem Besteck und Becher für Kranke ist beim Essen und Trinken die Hilfe einer anderen Person notwendig.

e) Hygiene: 1 Pflegepunkt  
Die Hilfe einer weiteren Person ist beim Waschen, Kämmen oder Rasieren des Versicherten notwendig, weil der Versicherte die dazu notwendigen Bewegungen nicht mehr ausüben kann.

f) Ausführen von Bedürfnissen: 1 Pflegepunkt  
Die Hilfe einer weiteren Person ist notwendig, weil:

- der Versicherte sich nach der Ausführung des Stuhlgangs nicht allein säubern kann, oder
- der Versicherte sein Bedürfnis nur mit Hilfe einer Bettpanne ausführen kann, oder
- der Darm und die Harnblase des Versicherten nur mit fremder Hilfe geleert werden kann, oder
- der Versicherte nicht selbstständig essen kann, auch wenn das Essen zubereitet und serviert wird.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn die Pflegebedürftigkeit medizinisch bestätigt wird.

## k) HIV-Infektion verursacht durch den ausgeübten Beruf

Die versicherte Person zieht sich bei einem Unfall im Rahmen ihrer Berufsausübung eine HIV-Infektion zu. Jeder Arbeitsunfall, bei dem es zu einer HIV-Infektion gekommen sein könnte, muss dem Versicherer innerhalb von 7 Tagen mit einem detaillierten Bericht über den Unfallhergang gemeldet werden. Darüber hinaus muss unmittelbar nach dem Vorfall ein HIV-Test bei der versicherten Person durchgeführt werden; das Ergebnis muss negativ sein, was bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Unfalls bei der versicherten Person höchstwahrscheinlich keine HIV-Infektion vorlag. Wenn sich dann innerhalb von 6 Monaten ein positives Testergebnis zeigt, das eine HIV-Infektion bestätigt, kann der Anspruch auf Leistung geltend gemacht werden.

## **l) HIV-Infektion als Folge einer Bluttransfusion**

Wenn bei einer versicherten Person eine HIV-Infektion oder das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) als Folge einer Bluttransfusion diagnostiziert wird, entsteht der Anspruch auf Leistung nur dann, wenn die folgenden drei Kriterien ausnahmslos erfüllt sind:

- a) Die HIV-Infektion ereignete sich bei einer medizinisch erforderlichen Bluttransfusion, die nach Abschluss der Versicherungspolize verabreicht wurde.
- b) Die Institution, in der die Bluttransfusion stattfand, muss dafür die Haftung übernehmen.
- c) Die versicherte Person darf nicht an Hämophilie leiden, d. h. kein Bluter sein.

## **m) Parkinson-Krankheit**

Degenerativer Prozess, der die subkortikalen an der zentralen Steuerung der Motilität teilnehmenden Strukturen angreift. Sie muss durch die typische Hypokinesie (geminderte Motilität), Rigidität (Erstarrung) und asymmetrischen Tremor (Zittern) zum Ausdruck kommen. Die Krankheit muss zweifelsfrei diagnostiziert werden, und die folgenden Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Die Krankheit kann nicht mit Medikamenten kontrolliert werden und
- die Krankheit zeigt Anzeichen einer fortschreitenden Beeinträchtigung und
- die Krankheit muss ein neurologisches Defizit verursachen, das dazu führt, dass der Versicherte nicht in der Lage ist, sich in Innenräumen auf ebenen Flächen von Raum zu Raum zu bewegen.

Der Anspruch auf eine Leistung entsteht mit der durch einen Neurologen bestätigten Diagnose. Sie kann spätestens 12 Monate nach dem Krankheitsausbruch gemacht werden.

## **n) Alzheimer-Krankheit**

Degenerativer Prozess, der das Gehirn angreift und sich durch Demenz, Störung der kognitiven Funktionen, progressive Verschlechterung des Gedächtnisses äußert. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch zwei Fachärzte bestätigten Diagnose, wobei einen davon der Versicherte und den anderen der Versicherer festlegt. Die Diagnose kann spätestens 12 Monate nach dem Krankheitsausbruch gemacht werden.

## **o) Gutartiger (benigner) Gehirntumor**

Der Gehirntumor, der die Abbildung der intrakraniellen Hypertension mit der Anforderung an eine neurologische Intervention bildet. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der Beseitigung des gutartigen Tumors mit der Folge eines anhaltenden neurologischen Schadens oder im Falle von Inoperabilität mit der Bestätigung des Zustandes, der einen anhaltenden neurologischen Schaden aufweist. Als anhaltende neurologische Beschädigung gilt ein mindestens 3 Monate andauernder Zustand. Die Diagnose muss durch den Neurochirurgen bestätigt und mit CT und MRT des Gehirns unterlegt sein. Ausgeschlossen sind: Zysten, Granulome, Verformung der Gefäße und der Venen im Gehirn, Hämatoome, Hypophysentumore oder Rückentumore.

## **p) Verlust des Hörvermögens**

Versichert ist der dauerhafte und vollständige Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bestätigt und durch eine beidseitige Hörschwelle von über 90db bei Frequenzen zwischen 500, 1000 und 2000Hz in der Tonaudiometrie begründet werden.

## **q) Fortgeschrittenes Stadium einer Lungenerkrankung**

Schwerwiegende und dauerhafte Beschädigung der Atmungsfunktionen muss durch einen Spezialisten bestätigt sein und alle folgenden Bedingungen erfüllen:

- a) Dauersenkung von FEV 1 (Atemminutenvolumen unter Belastung) auf weniger als 1 Liter pro Minute
- b) Dauersenkung des partiellen arteriellen Drucks O<sub>2</sub> unter 55 mmHg
- c) Notwendigkeit von einer dauerhaften Sauerstoffinhalation.

## **r) Sprachverlust**

Vollständiger und irreversibler Sprachverlust infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung der Stimmbänder. Der Zustand muss durch einen HNO-Spezialisten bestätigt und seit mindestens 6 Monaten erfasst sein. Der Sprachverlust eines psychogenen Ursprungs ist kein Versicherungsfall.

## **s) Ersetzung der Herzklappe**

Chirurgische Durchführung der Ersetzung einer oder mehrerer Herzklappen durch künstliche Herzklappen wegen Verengung (Stenose), Mangel oder Kombination dieser Faktoren. Die Leistung umfasst die Ersetzung der Aorten-, Mitrals-, Lungen- oder Trikuspidalklappe durch eine künstliche Klappe. Die Durchführung der Ersetzung muss durch einen Spezialisten bestätigt sein. Als Versicherungsfall gilt nicht: Anpassung der Herzklappe, Valvulotomie und plastische Operation einer Klappe. Der Anspruch auf eine Versicherungsleistung entsteht nach der durchgeführten Operation, wobei ihre Unerlässlichkeit durch einen Kardiologen bestätigt sein muss.

## **t) Operation der Aorta**

Eine für die Lösung der chronischen Erkrankung von Aorta unerlässliche Operation, bei der es notwendig ist, eine Exzision vorzunehmen und die betroffene Aorta mit einem Transplantat zu ersetzen. Als Aorta versteht sich die Brust- und Bauchaorta, nicht ihre Verzweigungen. Das Recht an eine Versicherungsleistung entsteht nach der durchgeführten Operation, wobei ihre Unerlässlichkeit durch einen Kardiologen oder einen Gefäßchirurgen bestätigt sein muss. Die Vornahme des Eingriffs ohne Brustkorb- oder Bauchöffnung (Angioplastik, Ballondilatation, Laseroperation) und die Vornahme eines Eingriffs an den Verzweigungen der Aorta (z.B. Arteria carotis, Arteria der Niere) gelten als keine kritische Erkrankung.

## **u) Koma**

Ein ununterbrochen mindestens 96 Stunden anhaltender Bewusstlosigkeitszustand ohne eine Reaktion an externe Anregungen und innere Bedürfnisse, wobei es notwendig ist, medizinische Geräte zur Sicherstellung von den elementaren Lebensfunktionen zu verwenden, mit der

Folge einer dauerhaften neurologischen Beschädigung, die durch einen Neurologen mindestens 3 Monate verfolgt wird.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durch einen Neurologen bestätigten Diagnose, die frühestens 3 Monate nach Komaeintritt gemacht wird.

## **v) Apallisches Syndrom (Gesamtzelltod der Hirnrinde)**

Gesamtzelltod der Hirnrinde bei der Erhaltung der Funktionen des Hirnstamms. Die Diagnose muss durch einen Facharzt bestätigt und durch CT und MRT des Gehirns unterlegt sein, wobei der Zustand mindestens 1 Monat unter ärztlicher Beobachtung stehen muss.

## **w) Primäre Lungenhypertension**

Zustand, bei dem der mittlere Druck in der Lunge den Wert 20 mmHg im Liegen in Ruhe infolge primärer Beschädigung der Lungenarteriolen übersteigt. Die Diagnose muss eindeutig durch einen Facharzt auf Grund einer Katheteruntersuchung des Herzens bestätigt sein mit dem Befund von einem Wert des mittleren Drucks in der Lungenarterie über 20 mmHg und dem Befund von Hypertrophie oder Dilatation der rechten Kammer und mit Anzeichen des rechtseitigen Herzversagens müssen ärztlich dokumentiert sein und mindestens 3 Monate andauern.

## **x) Anämie verursacht durch die Behinderung von Knochenmark (aplastische Anämie)**

Die Diagnose muss durch einen Facharzt auf Grund von der Biopsie aus dem Knochenmark bestätigt sein. In dem Blutbild muss makrozytäre Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie bestätigt sein und es ist mindestens eine der folgenden Behandlungsformen notwendig:

- immunosuppressive Behandlung,
- Behandlung durch Knochenmark stimulierende Mittel für mindestens 3 Monate,
- Transfusionsbehandlung.

## **Artikel 28**

### **Operation infolge einer Erkrankung**

Das Recht an der Leistung entsteht im Falle einer Operation infolge einer Krankheit, die in den Bewertungstabellen für Operationen des Versicherers aufgeführt ist, wobei wenn der Versicherte Person eine Leistung für das Diagnostizieren einer kritischen Erkrankung erhalten hat, bezieht sich dieser Punkt nicht auf zusammenhängende Operationen.

Der Versicherer zahlt dem Versicherten eine Versicherungsleistung, deren prozentualer Anteil an der Deckung aus „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ dem Prozentsatz des Umfangs der Operation infolge einer Krankheit gemäß der Bewertungstabelle des Versicherers entspricht, höchstens jedoch 100% für die gesamte Versicherungsdauer, bzw. für höchstens 2 Operationen während der gesamten Versicherungsdauer. Wenn sich der Versicherte gleichzeitig mehreren Operationen unterzieht, wird jene Versicherungsleistung bezahlt, welche dem Eingriff entspricht, welcher mit einem höheren Prozentsatz bewertet wird. Wenn sich der Versicherte einer Operation unterzieht, die nicht in den Bewertungstabellen des Versicherers aufgeführt ist, wird der Versicherer den Prozentsatz des Operationsumfangs analog zum Prozentsatz bestimmen, der in seinen Bewertungstabellen für eine Operation aufgeführt ist, die dem durchgeführten Eingriff gemäß dem Aufwandsgrad der Operation am Nächsten steht. Wenn in den Bewertungstabellen für Operationen des Versicherers Eingriffe aufgeführt sind, die durch mikroinvasive Methoden vorgenommen

werden, wie Angioplastik, Laserbehandlung, Stenteinführung und andere nichtoperative Methoden, versteht der Versicherer diese als Operationsvornahmen.

Alle Operationen mit miniinvasiven Methoden führen zu einer 30% reduzierten Versicherungsleistung. Die Versicherungsleistung für Operationen betrifft nur krankheitsbedingte Operationen, nicht Operationen aufgrund eines Unfalls.

## Artikel 29

### Krankenhaustagegeld und Krankentagegeld

1. Wenn der Versicherte infolge seiner Erkrankung länger als 5 Tage in einer medizinischen Einrichtung stationär bleibt, wird der Versicherer dem Versicherten das Krankenhaustagegeld in Höhe von 1 ‰ von der Versicherungssumme des Risikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“, und zwar für jeden Tag der stationären Behandlung des Versicherten in einer medizinischen Einrichtung, zahlen.
2. Das Krankenhaustagegeld im Falle einer Stationierung in einer medizinischen Einrichtung bezieht sich auf die stationäre Behandlung in einer medizinischen Einrichtung mit Krankenbetten. Als Grundlage für die Gewährung des Krankenhaustagegeldes im Falle der stationären Behandlung in einer medizinischen Einrichtung dient der Entlassungsbericht aus der medizinischen Einrichtung. Der Aufnahmetag in die medizinische Einrichtung und der Tag der Entlassung aus der medizinischen Einrichtung gelten für die Zwecke des Krankenhaustagegeldes zusammen als ein Tag der stationären Behandlung.
3. Die Gewährung des Krankenhaustagegeldes im Falle einer stationären Behandlung in einer medizinischen Einrichtung gilt nicht für Erholungsaufenthalte, Rehabilitationsaufenthalte sowie nicht für Aufenthalte infolge kosmetischer Eingriffe, nicht für Aufenthalte auf Grund von Erkrankung, die durch einen übermäßigen Verzehr oder Konsum von Alkohol, Rauschgiften oder Giftstoffen begründet sind und auf keine Kurtherapien.
4. Das Krankenhaustagegeld gemäß diesem Artikel wird insgesamt für höchstens 60 Tage Krankenhausaufenthalt des Versicherten in einer medizinischen Einrichtung während der gesamten Dauer der Zusatzversicherung für „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ gewährt.
5. Bleibt der Versicherte infolge von Krankheit länger als 29 Tage arbeitsunfähig, zahlt der Versicherer dem Versicherten das Krankentagegeld in Höhe von 1 ‰ der Versicherungssumme des Versicherungsrisikos „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“ und für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten, beginnend mit dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten wird das Krankentagegeld für maximal 180 Tage pro Versicherungsfall gewährt. Die Zahl der versicherten Arbeitsunfähigkeitsfälle des Versicherten während der gesamten Dauer des Versicherungsvertrages ist nicht begrenzt.
6. Arbeitsunfähigkeit ist die allgemeine ärztlich festgestellte vollständige Unfähigkeit des Versicherten, eine beliebige Berufserwerbstätigkeit auszuüben, die durch eine Erkrankung verursacht wurde. Als Grundlage für die Gewährung des Krankentagegeldes im Fall von Arbeitsunfähigkeit dient die durch einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung ausgestellte Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit unter Angabe der entsprechenden Diagnosenummer.
7. Anspruch auf Gewährung des Krankentagegeldes im Fall von Arbeitsunfähigkeit gilt nicht bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Kurtherapien, Erholungsaufenthalten, Rehabilitationsaufenthalten, Erkrankungen, die durch einen übermäßigen Verzehr oder Einnahme von Alkohol, Rauschgiften oder Giftstoffen begründet sind, ausgenommen sind

ebenso Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft, Risikoschwangerschaften, psychischer Erkrankungen oder psychischer Beeinträchtigungen.

8. Zeiten, in denen sich der Anspruch auf Krankenhaustagegeld im Falle eines Krankenhausaufenthalts und der Anspruch auf Krankentagegeld überschneiden, werden nur einmal angerechnet.
9. Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte hat keinen Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wenn er am Tag der Arbeitsunfähigkeit arbeitslos war, d.h. keine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat, die ihm Einkommen, Lohn, Verdienst oder Gewinn verschafft hat.

## Artikel 30

### Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen

1. Bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ist der Versicherte verpflichtet, das Folgende vorzulegen:
  - a) Beschreibung der Ursache der Entstehung des Versicherungsfalls (wenn möglich auf dem Vordruck des Versicherers);
  - b) detaillierte Arztberichte der behandelnden Ärzte über die Ursache, den Beginn, Typ und Verlauf der Erkrankung. Ebenfalls sind Berichte von den medizinischen Rehabilitations- und Behandlungseinrichtungen vollständig vorzulegen, in denen Behandlungen vor dem Eintritt des Versicherungsfalls vorgenommen wurden.
2. Im Fall der Diagnose einer kritischen Erkrankung oder einer Operation außerhalb Deutschlands kann der Versicherer verlangen, dass die zur Ermittlung des Versicherungsfall notwendigen Unterlagen durch einen in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Arzt auf Kosten des Versicherten erstellt werden, wenn dieser das Recht auf eine Versicherungsleistung in Anspruch nimmt.
3. Bei Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung kann der Versicherer weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte, welche er beauftragt, verlangen. Der Versicherte wird die Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen, in denen er behandelt wurde oder wird, bevollmächtigen, dem Versicherer auf Anforderung die notwendigen Informationen mitzuteilen, um Ansprüche aus einem konkreten Versicherungsfall beurteilen und erfüllen zu können. Der Versicherte wird die Ärzte, Krankenhäuser und anderen medizinische Einrichtungen zu diesem Zweck mit gesonderter Erklärung von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden, soweit dies für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Obliegenheit nicht nach, treten die in Artikel 14 Nr. 6 genannten Rechtsfolgen bei nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden Obliegenheiten ein.

## DRITTER TEIL

### Schlussbestimmungen

## Artikel 31

### Beschwerdeverfahren

1. Eine Beschwerde kann jeder Versicherungsnehmer, jeder potentielle Versicherungsnehmer oder sein Vertreter aufgrund einer Vollmacht einreichen (nachstehend als „Beschwerdeführer“ benannt).
2. Als Beschwerde wird eine Eingabe des Beschwerdeführers erachtet, in der der Beschwerdeführer seine Beanstandung der Richtigkeit und Qualität der vom Versicherer

gewährten Dienstleistungen zum Ausdruck bringt. Eine Beschwerde ist keine Eingabe, die den Charakter einer Nachfrage, Erklärung, Meinung, Anregung, eines Antrags oder Entwurfs hat.

3. Die Beschwerde kann der Beschwerdeführer mittels Post oder Kurierdienst an die Adresse des Sitzes: NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. mittels Mitarbeiter des Versicherers oder des Vertragspartners des Versicherers oder mittels elektronischer Post an die E-Mail-Adresse: [beschwerden@novis.eu](mailto:beschwerden@novis.eu) senden.
4. In seiner Beschwerde spezifiziert der Beschwerdeführer den Gegenstand der Beschwerde, beschreibt die Gründe der Beschwerde und legt Belege vor, auf denen seine Beschwerde basiert. Der Beschwerdeführer muss seine Kontaktdaten angeben.
5. Die Bearbeitungsfrist der Beschwerde beträgt 30 Kalendertage ab dem Eingangsdatum der Beschwerde am Sitz des Versicherers. Im Fall, dass aus ernsthaften Gründen eine Bearbeitung der Beschwerde in der im vorausgehenden Satz angeführten Frist nicht möglich ist, kann der Versicherer die Bearbeitungsfrist der Beschwerde maximal auf 60 Kalendertage ab dem Tag des Zugangs der Beschwerde am Sitz des Versicherers verlängern, wobei er dem Beschwerdeführer die Gründe für die Fristverlängerung auf 60 Kalendertage mitteilen muss.
6. Nähere Informationen zum Beschwerdeverfahren kann man auf der Webseite des Versicherers (<https://www.novis.eu/de/lob-und-tadel>) finden.
7. Im Falle der Unzufriedenheit mit der Erledigung der Beschwerde hat der Beschwerdeführer das Recht, sich schriftlich mittels Post, bzw. mittels elektronischer Post, an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht, Graurhein-dorfer Str. 108, 53117 Bonn zu wenden.

## Artikel 32

### Schlussbestimmungen

1. Die Bewertungstabellen zu den Dauerfolgen eines Unfalls, für die erweiterte Unfalldeckung und für Operation infolge einer Erkrankung sind ein Bestandteil des Versicherungsvertrages.
2. Die Vertragsparteien können gegenseitige Rechte und Pflichten durch eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag abweichend von diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gestalten, solange es das Gesetz oder die Bestimmungen von diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich verbieten.
3. Für den Versicherungsvertrag gilt das Vertragsrecht der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am **10.3.2021** in Kraft.

OPERATIONEN		
Prozentuelle Leistung aus der Versicherungssumme		
<b>BAUCH</b>		
1	Laparotomie – explorativ bei negativem oder inoperablem Befund	10
2	Blinddarmentfernung	5
3	Drainage eines Abszesses in der Bauchhöhle	7,5
4	Hernie: inguinale, am Bauchnabel, femorale, Hydrozele, Varikozele, testikuläre Hernie, Hernie an der Linea alba, postoperative Hernie	5
5	Magenentfernung (teilweise), Vagotomie, Pyloroplastik (Zwölffingerdarm)	15
6	Nähen eines perforierten Magengeschwürs	10
7	Dünndarmentfernung – teilweise – aufgrund entzündlicher Veränderungen	10
8	Entfernung eines benignen Tumors in der Bauchhöhle	15
9	Perineotomie –Rektumentfernung über den Damm	40
10	Prolaps des Rektums	15
11	Risse im Rektumbereich	2
12	Entfernung von Hämorrhoiden	2
13	Leberabszess	20
14	Entfernung der Galle	10
15	Entfernung der Milz	20
16	Entfernung eines Darmpolypen/von Darmpolypen	5
17	Kolostomie, Ileostomie, Zystostomie	25
18	Enteroanastomose	15
19	Entfernung des Dickdarms, teilweise oder ganz	25
20	Sphinkter-Plastik oder biliodigestive Anastomose	15
<b>BRUSTKORBCHIRURGIE</b>		
21	Thorakoplastik	20
22	Keilförmige Resektion des Lungenlappens	25
23	Rachenoperation	25
24	Brustkorbdrainage	3
25	Brustkorbpunktion	1
26	Pleurodese	10
27	Pneumothorax mit Thorakotomie	10
28	Explorative Thorakotomie	10
29	Einführung eines bronchialen oder trachealen Stents	5
<b>GYNÄKOLOGIE</b>		
30	Entfernung der Gebärmutter mit Eierstöcken und Eileitern	20
31	Entfernung der Gebärmutter	15
32	Entfernung des Eileiters	10
33	Entfernung eines Eierstocks	10
34	Entfernung eines Fibromyoms durch Enukleation	5
35	Entfernung eines Gebärmuttermumpolypen	1
36	Laser-Vaporisation des Gebärmuttermundes, Marsupialisation oder Entfernung der Bartholin-Drüse	3

37	Konisation des Gebärmutterhalses	3
38	Vordere und hintere Kolporrhaphie	10
39	Salpingo-Plastik (hydrosalpine)	5
40	Keilförmige Eierstockresektion	5
41	Therapeutische Laparoskopie	10
42	Hysteroskopie	2
<b>ALLGEMEINE CHIRURGIE</b>		
43	Nagelbettplastik bei eingewachsenem Nagel	0,5
44	Inzision eines Abszesses in lokaler Anästhesie	0,5
45	Entfernung der Schilddrüse	5
<b>BRÜSTE</b>		
46	Radikale Brustamputation mit Resektion in der Achselhöhle (ein- oder beidseitig)	25
47	Einfache Brustamputation (ein- oder beidseitig)	15
48	Teilentfernung der Brust	7,5
49	Tumor- oder Zystenentfernung an der Brust bei benigner Erkrankung	3
<b>LYMPHKNOTEN</b>		
50	Entfernung der Achselhöhlen-, Leisten-Lymphknoten	2
<b>ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE</b>		
51	Arthrotomie, inkl. Entfernung eines freien Körpers	5
52	Entfernung eines Ganglions	0,5
53	Entfernung von Exostose	1
54	Operation des karpalen Tunnels	1
55	Fingeramputation (beliebiger Finger)	3
56	Mittelhand-, Mittelfußamputation	5
57	Amputation auf Handgelenk-, Fußwurzelniveau	20
58	Schnellender Finger	1
59	Operation zum Richten eines krummen großen Zehs oder von Zehendeformationen oder einer Mittelfußsenkung	2
60	Nähen von unterbrochenen Sehnen oder Nerven (außer traumatischer Ursachen)	3
61	Knie- oder Schulterarthroskopie (außer traumatischer Ursachen)	5
62	Ruptur der Achillessehne mit anschließender Naht	5
63	Totale Endoprothese des Hüft-, Kniegelenks, totale Arthroplastik des Schultergelenks	20
64	Operative Wirbelsäulen- und Bandscheibenbehandlung, Spondylodese	12,5
<b>UROGENITALE CHIRURGIE</b>		
65	Nierenentfernung	15
66	Entfernung benigner Tumore oder Steine aus Nieren, Harnleiter, Harnblase - operativ	9
67	Entfernung benigner Tumore oder Steine aus Nieren, Harnleiter, Harnblase - endoskopisch	5
68	Entfernung der Prostata	10
69	Transurethrale Prostatektomie	5
70	Operation des Harnröhre	5
71	Plastische Operation des Harnleiters, der Nieren	6
72	Lithotripsie von Nieren- oder Harnleitersteinen	5

73	Zirkumzision	1
74	Hydrozele, Varikozele, Orchidopexie	3
75	Insertion eines Pigtail-Katheters	2
76	Samenleiterunterbindung - Vasektomie	wird nicht geleistet
77	Entfernung einer Harnblasenausstülpung	5
78	Teilweise Entfernung des Harnleiters mit Anastomose	10
<b>LARYNGOLOGIE</b>		
79	Entfernung des Zungenbändchens	0,5
80	Operation eines benignen Tumors im Mund	5
81	Entfernung der Ohrspeicheldrüse	5
82	Benigner Tumor an der Ohrspeicheldrüse	5
83	Entfernung einer bronchialen Zyste, Fistel	10
84	Entfernung einer Halsfistelzyste, -fistel	10
85	Mittelohroperation	5
86	Entfernung der Gaumenmandeln und der Rachenmandeln	1
87	Stimmbandoperation wegen benignen Affektionen	2
88	Entfernung den Gaumenzäpfchens	5
89	Tracheostomie, Tracheotomie	8
90	Entfernung der Ventilationsröhre nach einer Tracheostomie	0,5
91	Inzision eines Abszesses oder Hämatoms in der Mundhöhle	2
92	Entfernung eines Ohrenpolypen	1
93	Inzision eines paratonsillären Abszesses	3
94	Parazentese des Trommelfells	1
95	Entfernung einer Exostose oder Osteoms aus dem äußeren Gehörgang	5
96	Neurektomie des vestibulären Nervs	15
97	Strapedektomie	5
98	Myringoplastik	3
99	Labyrinthektomie	5
100	Transntrale Ethmoidektomie	3
101	Trepanation des Antrums	3
<b>NEUROCHIRURGIE</b>		
102	Aneurysmen im Schädel	35
103	Operation der Gehirnhaut	20
104	Gefäßförmige Bildung im Gehirn	20
105	Operation des akustischen Nervs	10
106	Hemilaminotektomie	8
107	Benigner Rückenmarkstumor	12,5
108	Entfernung von Sequester im Rückenmarksnervenwurzelbereich	10
109	Sympatektomie	10
<b>DERMATOLOGIE</b>		
110	Hautbiopsie (auch mehrerer Herde)	0,5
111	Exstirpation einer Talgdrüsenzyste – Atherom, Lipom	1
112	Entfernung (Elektrokoagulation) von Papillomen	0,5
<b>OPHTHALMOLOGIE</b>		
113	Vordere Vitrektomie	3
114	Hintere Vitrektomie	5
115	Entfernung eines Chalazions, Gerstenkorns	0,5
116	Operation des Grauen Stars	5

117	Operation des Grünen Stars	5
118	Entfernung eines Pterygiums	1
119	Operation Ektropie, Entropie	3
120	Operation einer Netzhautablösung	5
121	Entfernung der Tränendrüse	3
122	Iridektomie, Iridotomie	5
123	Dakryocystorinostomie	5
124	Skleroplastik	5
125	Einlage, Entfernung einer Innenaugen-Kontaktlinse	5
126	Operation aufgrund einer Oberflächenverletzung der Bindehäute	1
127	Tarsale Suture Blefarographie	1
128	Kürettage des Hornhautepithels	0,5
129	Ablation der Augenlinse, Parazentese der vorderen Kammer, Kapsulotomie eines sekundären Katarakts	5
130	Membranotektomie	2
<b>PLASTISCHE CHIRURGIE</b>		
131	Mehrfaches Nähen von Sehnen und Nerven	5
132	Dekompression des Gesichtsnervs	10
133	Frontofaziale Osteotomie	15
<b>GEFÄSSCHIRURGIE</b>		
<b>ARTERIEN</b>		
134	Angioplastik	10
135	Operation von Aneurysmen der Bauchaorta, iliakalen Arterie, der femoralen Arterie	17,5
136	Operation der Bauchaorta	17,5
137	Koronarografie	5
138	Aortakarotidaler Bypass oder Aortosubklavialer Bypass	25
139	Arterielle Embolektomie, Thrombektomie	5
140	Endarterektomie der Karotide	10
<b>VENEN</b>		
141	Entfernung von Krampfadern – an einem Bein	3
142	Entfernung von Krampfadern – an beiden Beinen	6
143	Unterbinden von Krampfadern	2
144	Sklerosierung von Krampfadern (auch an beiden Gliedmaßen)	1
145	Venöse Thrombektomie	5
<b>SONSTIGE OPERATIONEN</b>		
146	Direkte Laryngoskopie	0,5
147	Lumbale Punktion	2
148	Kaiserschnitt – nur bei vitaler Gefährdung des Fötus/der Mutter	5
149	Endoskopische diagnostische und therapeutische Leistungen	wird nicht geleistet

2	Vollständiger Defekt in der Schädeldecke im Umfang über 10 cm <sup>2</sup>	15
3	Subjektive Beschwerden ohne objektiven Befund nach Kopfverletzungen, die durch den behandelnden Arzt dokumentiert wurden	5,5
4	Ernsthafte Gehirn- oder Geistesstörungen nach einer schweren Kopfverletzung je nach Grad	50,5
5	Traumatische Störung des Gesichtsnervs leichten und mittleren Grades	5,5
6	Traumatische Störung des Gesichtsnervs schweren Grades	10
7	Traumatische Schädigung des Trigeminus je nach Schädigungsgrad	8
8	Hässliche oder Ekel erregende Gesichtsnarben und Gesichtsschädigung, begleitet ggf. von Funktionsstörungen leichten oder mittleren Grades	8
9	Hässliche oder Ekel erregende Gesichtsnarben und Gesichtsschädigung, begleitet ggf. von Funktionsstörungen schweren Grades	17,5
10	Nässende Fistel nach Verletzung der Schädelbasis (Liquorroe), objektiv dokumentiert	13
<b>SCHÄDIGUNG DER NASE ODER DES GERUCHSSINNS</b>		
11	Verlust der Nasenspitze	5,5
12	Verlust der gesamten Nase ohne Verengung	10,5
13	Verlust der gesamten Nase mit Verengung	13
14	Nasendeformation mit funktionell wesentlicher Durchgangsstörung	5,5
15	Chronisch atrophische Entzündung der Nasenschleimhaut nach Verätzung oder Verbrennung	5,5
16	Perforierung der Nasenscheidewand	3
17	Chronisch eiternde posttraumatische Entzündung der Nasennebenhöhlen	5,5
18	Geruchs- und Geschmacksverlust	10
<b>AUGEN- ODER SEHKRAFTSCHÄDIGUNG</b>		
19	Bei vollständigem Sehkraftverlust kann die Bewertung der gesamten bleibenden Folgen an einem Auge nicht über 25%, am zweiten Auge nicht über 75% und an beiden Augen nicht über 100% betragen.	62,5
20	Für einen anatomischen Verlust oder Augenatrophie wird zu dem ermittelten Wert der ständigen Sehkraftminderwertigkeit hinzugerechnet	5
21	Verlust der Augenlinse an einem Auge (inkl. Akkomodationsstörung) bei einer Kontaktlinsenverträglichkeit von min. 4 Stunden täglich	15
22	Verlust der Augenlinse an einem Auge (inkl. Akkomodationsstörung) bei einer Kontaktlinsenverträglichkeit von weniger als 4 Stunden täglich	20
23	Verlust der Augenlinse an einem Auge (inkl. Akkomodationsstörung) bei völliger Kontaktlinsenunverträglichkeit	25

24	Augenlinsenverlust an beiden Augen (inkl. Akkomodationsstörung), wenn die Sehschärfe mit aphakischer Korrektur nicht schlechter als 6/12 ist	15
25	Traumatische Nervenstörung oder Störung des Gleichgewichts der Augenbewegungsmuskeln je nach Grad	13
26	Die konzentrische verletzungsbedingte Einschränkung des Sehwinkels wird nach der internen Hilfstabelle Nr. 2 der Versicherungsgesellschaft bewertet	x
27	Die übrigen Einschränkungen des Sehwinkels wird nach der internen Hilfstabelle Nr. 3 der Versicherungsgesellschaft bewertet	x
28	Störung der Tränenwegdurchgängigkeit an einem Auge teilweise	2,5
29	Störung der Tränenwegdurchgängigkeit an einem Auge vollständig	6
30	Störung der Tränenwegdurchgängigkeit an beiden Augen teilweise	4,5
31	Störung der Tränenwegdurchgängigkeit an einem Auge vollständig	10
32	Fehlerhafte Wimpernstellung, operativ nicht korrigierbar, an einem Auge	3
33	Fehlerhafte Wimpernstellung, operativ nicht korrigierbar, an beiden Augen	5,5
34	Pupillenerweiterung und –lähmung (eines sehenden Auges) je nach Grad	3
35	Hässliche oder Ekel erregende Deformation des äußeren Segments und dessen Umfeld, auch Ptosis des oberen Lides, wenn sie die Pupille nicht bedeckt (unabhängig von einer Sehschädigung, die gesondert bewertet wird) für jedes Auge	3
36	Traumatische Akkomodationsstörung einseitig	3
37	Traumatische Akkomodationsstörung beidseitig	4,5
38	Lagophthalmus, posttraumatisch, operativ nicht korrigierbar, einseitig	5,5
39	Lagophthalmus, posttraumatisch, operativ nicht korrigierbar, beidseitig	8
40	Ptosis des oberen Lides (eines sehenden Auges), operativ nicht korrigierbar, wenn sie die Pupille bedeckt, einseitig	10,5
41	Ptosis des oberen Lides (eines sehenden Auges), operativ nicht korrigierbar, wenn sie die Pupille bedeckt, beidseitig	25,5
42	Chronische Uveitis (sympatische Ophthalmie) nach nachweisbarer Augenverletzung (je nach Sehschärfe)	13
<b>OHREN- ODER GEHÖRSCHÄDIGUNG</b>		
43	Verlust einer Ohrmuschel	5,5
44	Verlust beider Ohrmuscheln	10,5
45	Bleibende verletzungsbedingte Trommelfellperforation ohne offensichtliche sekundäre Infektion	3
46	Chronische eiternde Mittelohrentzündung, nachweisbar als Folge einer Verletzung	8
47	Ohrmuscheldeformation, wird gemäß Punkt 8 und 9 bewertet	x

<b>DAUERFOLGEN IN FOLGE EINES UNFALLS</b>		<b>Prozentuelle Leistung aus der Versicherungs-summe</b>
<b>VERLETZUNG DES KOPFES UND DER SINNESORGANE</b>		
1	Vollständiger Defekt in der Schädeldecke im Umfang bis 10 cm <sup>2</sup>	8

48	Schwerhörigkeit, einseitig, leichten oder mittleren Grades	4
49	Schwerhörigkeit, einseitig, schweren Grades	6,5
50	Schwerhörigkeit, beidseitig, leichten oder mittleren Grades	10,5
51	Schwerhörigkeit, beidseitig, schweren Grades	18
52	Gehörverlust auf einem Ohr	15
53	Gehörverlust auf beiden Ohren	40
54	Labyrinthstörung, einseitig, je nach Grad	10,5
55	Labyrinthstörung, beidseitig, je nach Grad	25,5

### GEBISSSCHÄDIGUNG

56	Verlust eines Zahns	1
57	Verlust jedes weiteren Zahns	1
58	Verlust eines Zahnteils, wenn dadurch der Verlust der Zahnvitalität bedingt ist	1
59	Deformation der Vorderzähne infolge eines nachweisbaren Verletzung der Milchzähne	3
60	Verlust, Abbruch und Schädigung von künstlichen Zahnersätzen und Milchzähnen	0

### ZUNGENSCHÄDIGUNG

61	Nach Zungenverletzungen mit Gewebedefekt oder narbenartigen Deformationen, nur wenn diese nicht nach Punkt 67 und 68 bewertet werden	8
----	--	---

### HALSSCHÄDIGUNG

62	Kehlkopf- oder der Luftröhrenverengung leichten Grades	5,5
63	Kehlkopf- oder der Luftröhrenverengung mittleren Grades	12,5
64	Kehlkopf- oder der Luftröhrenverengung schweren Grades	22,5
65	Teilweiser Stimmverlust	10,5
66	Stimmverlust (Aphonie)	25
67	Spracherschwerung infolge einer Schädigung der Sprachorgane	10,5
68	Sprachverlust infolge einer Schädigung der Sprachorgane	30
69	Nach Tracheostomie mit dauerhaft eingeführter Kanüle	50

### BRUSTKORB-, LUNGEN-, HERZ- UND RACHENVERLETZUNGEN

70	Bewegungseinschränkung des Brustkorbs und Verwachsungen der Brustwand, klinisch bestätigt, leichten Grades, ohne Anzeichen Atmungsinsuffizienz	4
71	Bewegungseinschränkung des Brustkorbs und Verwachsungen der Brustwand, klinisch bestätigt, mittleren Grades, mit Anzeichen Atmungsinsuffizienz	9,5
72	Bewegungseinschränkung des Brustkorbs und Verwachsungen der Brustwand, klinisch bestätigt, schweren Grades, mit Anzeichen Atmungsinsuffizienz	21
73	Andere Folgen einer Lungenverletzung, ja nach Grad der Funktionsstörung und ja nach Umfang, einseitig	15,5
74	Andere Folgen einer Lungenverletzung, ja nach Grad der Funktionsstörung und ja nach Umfang, beidseitig	37,5

75	Herz- und Gefäßstörungen (nur nach direkter Verletzung), klinisch bestätigt, je nach Grad der Funktionsstörung	39,5
76	Rachenfistel nach Verletzung, wenn diese nicht durch Rekonstruktion gelöst werden kann	50
77	Posttraumatische Rachenverengung leichten Grades	5,5
78	Posttraumatische Rachenverengung mittleren Grades	15
79	Posttraumatische Rachenverengung schweren Grades	40

### VERLETZUNGEN DES BAUCHES UND DER VERDAUUNGSORGANE

80	Schädigung der Bauchwand, begleitet von einer Verletzung der Bauchpresse	10,5
81	Funktionsschädigung der Verdauungsorgane je nach Grad der Ernährungsstörung	25,5
82	Milzverlust	30
83	Anale Fistel, je nach Situierung und Reaktion im Umfeld, falls keine chirurgische Lösung möglich ist	25,5
84	Schließstörung der analen Schließmuskeln, teilweise	12,5
85	Schließstörung der analen Schließmuskeln, vollständig	20 – 50
86	Posttraumatische Verengung des Rektums oder des Analkanals, leichten oder mittleren Grades	8
87	Posttraumatische Verengung des Rektums oder des Analkanals, schweren Grades	22,5

### VERLETZUNGEN DER HARNWEGE UND DER GESCHLECHTSORGANE

88	Verlust einer Niere	40
89	Posttraumatische Folgen einer Verletzung der Nieren und Harnwege, inkl. Sekundärinfektion leichten und mittleren Grades	10,5
90	Posttraumatische Folgen einer Verletzung der Nieren und Harnwege, inkl. Sekundärinfektion schweren Grades	25
91	Fistel an der Harnblase oder der Harnröhre (kann nicht gleichzeitig gemäß 089 und 090 bewertet werden)	17,5
92	Chronische Harnwegentzündung und sekundäre Nierenerkrankung	25,5
93	Hydrozele nach Verletzung	3
94	Verlust eines Hodens (bei Kryptorchismus als Verlust beider Hoden bewerten) bis 45 Jahre	10
95	Verlust eines Hodens (bei Kryptorchismus als Verlust beider Hoden bewerten) über 45 Jahre	5
96	Verlust beider Hoden oder Potenzverlust bis 45 Jahre	35
97	Verlust beider Hoden oder Potenzverlust über 45 Jahre	25
98	Verlust des männlichen Gliedes oder schwerwiegende Deformität bis 45 Jahre	27,5
99	Verlust des männlichen Gliedes oder schwerwiegende Deformität über 45 Jahre	17,5
100	Posttraumatische Deformationen der weiblichen Geschlechtsorgane	20,5

### VERLETZUNGEN DER RÜCKGRATES UND DES RÜCKENMARKS

101	Einschränkung der Rückgratbeweglichkeit leichten und mittleren Grades	10,5
102	Einschränkung der Rückgratbeweglichkeit schweren Grades	25
103	Posttraumatische Schädigung des Rückgrats, Rückenmarks, der Rückenmarkshaut und –wurzeln mit bleibenden objektiven Symptomen einer geschädigten Funktion leichten und mittleren Grades	22,5
104	Posttraumatische Schädigung des Rückgrats, Rückenmarks, der Rückenmarkshaut und –wurzeln mit bleibenden objektiven Symptomen einer geschädigten Funktion schweren Grades	55
105	Posttraumatische Schädigung des Rückgrats, Rückenmarks, der Rückenmarkshaut und –wurzeln ohne objektive Symptome, jedoch mit bleibenden subjektiven Beschwerden, die durch ärztliche Beobachtung nachgewiesen wurden	8

### BECKENVERLETZUNGEN

106	Schädigung der Homogenität des Beckengürtels mit Störung der Rückgratstatik und der Funktion der unteren Gliedmaßen bei Frauen bis 45 Jahre	31
107	Schädigung der Homogenität des Beckengürtels mit Störung der Rückgratstatik und der Funktion der unteren Gliedmaßen bei Frauen über 45 Jahre	20,5
108	Schädigung der Homogenität des Beckengürtels mit Störung der Rückgratstatik und der Funktion der unteren Gliedmaßen bei Männern	20,5

### VERLETZUNGEN DER OBEREN GLIEDMASSEN

109	Verlust des Armes im Schultergelenk oder im Bereich zwischen Ellenbogen- und Schultergelenk, rechts	60
110	Verlust des Armes im Schultergelenk oder im Bereich zwischen Ellenbogen- und Schultergelenk, links	50
111	Vollständige Steifheit des Schultergelenks in ungünstiger Stellung (vollständige Abduktion, Adduktion oder diesen ähnliche Stellungen), rechts	35
112	Vollständige Steifheit des Schultergelenks in ungünstiger Stellung (vollständige Abduktion, Adduktion oder diesen ähnliche Stellungen), links	30
113	Armsteifheit in günstiger oder einer diesen ähnlichen Stellung (Abduktion 50° bis 70°, Vorstreckung 40° bis 45° und innere Rotation 20°), rechts	30
114	Armsteifheit in günstiger oder einer diesen ähnlichen Stellung (Abduktion 50° bis 70°, Vorstreckung 40° bis 45° und innere Rotation 20°), links	25
115	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks (Hochstrecken durch Vorstrecken, Vorstrecken unvollständig über 135°), rechts	3

116	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks leichten Grades (Hochstrecken durch Vorstrecken, Vorstrecken unvollständig über 135°), links	2,5
117	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks mittleren Grades (Hochstrecken durch Vorstrecken, Vorstrecken unvollständig bis 135°), rechts	5,5
118	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks mittleren Grades (Hochstrecken durch Vorstrecken, Vorstrecken unvollständig bis 135°), links	4,5
119	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks schweren Grades (Hochstrecken bis 90°), rechts	9,5
120	Beweglichkeitseinschränkung des Schultergelenks schweren Grades (Hochstrecken bis 90°), links	8
121	Bei Einschränkung der Beweglichkeit des Schultergelenks leichten, mittleren oder schweren Grades wird bei gleichzeitiger Einschränkung der Rotationsbewegungen die Bewertung gemäß Punkt 115 bis 120 um 1/3 erhöht	x
122	Bleibende Folgen nach Riss des Obergrätenmuskels werden gemäß Verlust der Schultergelenkfunktion bewertet	x
123	Pseudarthrose des Oberarmknochens, rechts	40
124	Pseudarthrose des Oberarmknochens, links	35
125	Chronische Knochenmarkentzündung nur nach offenen Brüchen oder nach operativen Eingriffen, die zur Behandlung der Folgen einer Verletzung notwendig waren, zum Untersuchungszeitpunkt aktiv, rechts	30
126	Chronische Knochenmarkentzündung nur nach offenen Brüchen oder nach operativen Eingriffen, die zur Behandlung der Folgen einer Verletzung notwendig waren, zum Untersuchungszeitpunkt aktiv, links	25
127	Nicht eingerenkte sternoklavikuläre Ausrenkung ohne Funktionsstörung, rechts	3
128	Nicht eingerenkte sternoklavikuläre Ausrenkung ohne Funktionsstörung, links	2
129	Nicht eingerenkte akromioklavikuläre Ausrenkung mit eventueller Funktionsstörung des Schultergelenks, rechts	5
130	Nicht eingerenkte akromioklavikuläre Ausrenkung mit eventueller Funktionsstörung des Schultergelenks, links	4
131	Bleibende Folgen nach Riss des langen Kopfes des zweiköpfigen Muskels bei nicht beeinträchtigter Funktion des Schulter- und Ellenbogengelenks, rechts	3
132	Bleibende Folgen nach Riss des Kopfes des langen zweiköpfigen Muskels bei nicht beeinträchtigter Funktion des Schulter- und Ellenbogengelenks, links	2
<b>SCHÄDIGUNG IM ELLENBOGENGELENK UND UNTERARM</b>		
133	Vollständige Steifheit des Ellenbogengelenks in ungünstiger Stellung (vollständige Streckung oder vollständige Beugung und diesen ähnliche Stellungen), rechts	30

134	Vollständige Steifheit des Ellenbogengelenks in ungünstiger Stellung (vollständige Streckung oder vollständige Beugung und diesen ähnliche Stellungen), links	25
135	Vollständige Armsteifheit des Ellenbogengelenks in günstiger Stellung oder dieser ähnlichen Stellungen (Beugung im Winkel 90° bis 95°), rechts	20
136	Vollständige Armsteifheit des Ellenbogengelenks in günstiger Stellung oder dieser ähnlichen Stellungen (Beugung im Winkel 90° bis 95°), links	15
137	Beweglichkeitseinschränkung des Ellenbogengelenks leichten und mittleren Grades, rechts	6,5
138	Beweglichkeitseinschränkung des Ellenbogengelenks leichten und mittleren Grades, links	5,5
139	Beweglichkeitseinschränkung des Ellenbogengelenks schweren Grades, rechts	10,5
140	Beweglichkeitseinschränkung des Ellenbogengelenks schweren Grades, links	9,5
141	Vollständige Steifheit der Radioulnargelenke (mit unmöglichem An- und Wegbeugen des Unterarms) in ungünstiger Stellung und dieser ähnlichen Stellungen (in maximaler Pronation oder Supination in der äußersten Wegbeugung, Anbeugung), rechts	20
142	Vollständige Steifheit der Radioulnargelenke (mit unmöglichem An- und Wegbeugen des Unterarms) in ungünstiger Stellung und dieser ähnlichen Stellungen (in maximaler Pronation oder Supination in der äußersten Wegbeugung, Anbeugung), links	15
143	Vollständige Steifheit der Radioulnargelenke in günstiger Stellung (mittlere Stellung oder leichte Pronation), rechts	8
144	Vollständige Steifheit der Radioulnargelenke in günstiger Stellung (mittlere Stellung oder leichte Pronation), links	5,5
145	Einschränkung der An- und Wegbeugung leichten und mittleren Grades, rechts	5,5
146	Einschränkung der An- und Wegbeugung leichten und mittleren Grades, links	4,5
147	Einschränkung der An- und Wegbeugung schweren Grades, rechts	10
148	Einschränkung der An- und Wegbeugung schweren Grades, links	8,5
149	Pseudarthrose beider Unterarmknochen, rechts	40
150	Pseudarthrose beider Unterarmknochen, links	35
151	Pseudarthrose der Speiche, rechts	25
152	Pseudarthrose der Speiche, links	20
153	Pseudarthrose der Elle, rechts	15
154	Pseudarthrose der Elle, links	10
155	Chronische Knochenmarkentzündung des Unterarms nur nach offenen Verletzungen oder nach operativen Eingriffen, die zur Behandlung der Folgen einer Verletzung notwendig waren, zum Untersuchungszeitpunkt aktiv, rechts	25

156	Chronische Knochenmarkentzündung des Unterarms nur nach offenen Verletzungen oder nach operativen Eingriffen, die zur Behandlung der Folgen einer Verletzung notwendig waren, zum Untersuchungszeitpunkt aktiv, links	20
157	Instabiles Ellenbogengelenk, rechts	10,5
158	Instabiles Ellenbogengelenk, links	8
159	Verlust des Unterarms bei Erhalt des Ellenbogengelenks, rechts	50
160	Verlust des Unterarms bei Erhalt des Ellenbogengelenks, links	45
<b>VERLUST ODER SCHÄDIGUNG DER HAND</b>		
161	Verlust der Hand im Handgelenk, rechts	50
162	Verlust der Hand im Handgelenk, links	45
163	Verlust aller Finger, einschließlich Mittelhandknochen, rechts	50
164	Verlust aller Finger, einschließlich Mittelhandknochen, links	45
165	Verlust von Fingern, außer Daumen, rechts	40
166	Verlust von Fingern, außer Daumen, links	35
167	Vollständige Steifheit des Handgelenks in ungünstiger oder dieser Stellung ähnlichen Stellungen (vollständige Handrücken- oder Handflächenbeugung), rechts	30
168	Vollständige Steifheit des Handgelenks in ungünstiger oder dieser Stellung ähnlichen Stellungen (vollständige Handrücken- oder Handflächenbeugung), links	25
169	Vollständige Steifheit des Handgelenks in günstiger Stellung (Handrückenbeugung 20° bis 40°), rechts	10,5
170	Vollständige Steifheit des Handgelenks in günstiger Stellung (Handrückenbeugung 20° bis 40°), links	8
171	Pseudarthrose des Kahnbeins, rechts	10
172	Pseudarthrose des Kahnbeins, links	8
173	Beweglichkeitseinschränkung des Handgelenks leichten oder mittleren Grades, rechts	6,5
174	Beweglichkeitseinschränkung des Handgelenks leichten oder mittleren Grades, links	5,5
175	Beweglichkeitseinschränkung des Handgelenks schweren Grades, rechts	11,5
176	Beweglichkeitseinschränkung des Handgelenks schweren Grades, links	10
<b>SCHÄDIGUNG DES DAUMENS</b>		
177	Verlust des letzten Daumenglieds, rechts	8
178	Verlust des letzten Daumenglieds, links	7
179	Verlust des Daumes mit Mittelhandknochen, rechts	25
180	Verlust des Daumes mit Mittelhandknochen, links	20
181	Verlust beider Daumenglieder, rechts	18
182	Verlust beider Daumenglieder, links	15
183	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung (äußerste Beugung), rechts	8
184	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung (äußerste Beugung), links	7

185	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung ausgestreckt (in Hyperextension), rechts	9
186	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung ausgestreckt (in Hyperextension), links	6
187	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in günstiger Stellung (leichte Beugung), rechts	3,5
188	Vollständige Steifheit des Mittelgelenks am Daumen in günstiger Stellung (leichte Beugung), links	3
189	Vollständige Steifheit des Grundgelenks am Daumen, rechts	4,5
190	Vollständige Steifheit des Grundgelenks am Daumen, links	4
191	Vollständige Steifheit des Karpometakarpalgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung (vollständige Abduktion oder Adduktion), rechts	9
192	Vollständige Steifheit des Karpometakarpalgelenks am Daumen in ungünstiger Stellung (vollständige Abduktion oder Adduktion), links	7
193	Vollständige Steifheit des Karpometakarpalgelenks am Daumen in günstiger Stellung (vollständige Abduktion oder Adduktion), rechts	3,5
194	Vollständige Steifheit des Karpometakarpalgelenks am Daumen in günstiger Stellung (vollständige Abduktion oder Adduktion), links	3
195	Bleibende Folgen nach schlecht verheiltem Benettonbruch mit bleibender Subluxation, außer Leistung für Funktionsstörung, rechts	3
196	Bleibende Folgen nach schlecht verheiltem Benettonbruch mit bleibender Subluxation, außer Leistung für Funktionsstörung, links	2
197	Vollständige Steifheit aller Daumengelenke in ungünstiger Stellung, rechts	20
198	Vollständige Steifheit aller Daumengelenke in ungünstiger Stellung, links	18
199	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Zwischengelenks, leichten und mittleren Grades, rechts	2,5
200	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Zwischengelenks, leichten und mittleren Grades, links	2
201	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, schweren Grades, rechts	3,5
202	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, schweren Grades, links	3
203	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, leichten Grades, rechts	2,5
204	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, leichten Grades, links	2

205	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, schweren Grades, rechts	4,5
206	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Grundgelenks, schweren Grades, links	4
207	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Karpometakarpalgelenks, leichten und mittleren Grades, rechts	3
208	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Karpometakarpalgelenks, leichten und mittleren Grades, links	2,5
209	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Karpometakarpalgelenks, schweren Grades, rechts	6
210	Störung der Greiffunktion des Daumens bei Beweglickeitseinschränkung des Karpometakarpalgelenks, schweren Grades, links	5
<b>SCHÄDIGUNG DES ZEIGEFINGERS</b>		
211	Verlust des letzten Zeigefingerglieds, rechts	4
212	Verlust des letzten Zeigefingerglieds, links	3
213	Verlust von zwei Zeigefingergliedern, rechts	8
214	Verlust von zwei Zeigefingergliedern, links	6
215	Verlust aller drei Zeigefingerglieder, rechts	12
216	Verlust aller drei Zeigefingerglieder, links	10
217	Verlust des Zeigefingers mit Mittelhandknochen, rechts	12
218	Verlust des Zeigefingers mit Mittelhandknochen, links	11
219	Vollständige Steifheit aller drei Zeigefingergelenke in vollständiger Streckung, rechts	10
220	Vollständige Steifheit aller drei Zeigefingergelenke in vollständiger Streckung, links	8
221	Vollständige Steifheit aller drei Zeigefingergelenke in vollständiger Beugung, rechts	12
222	Vollständige Steifheit aller drei Zeigefingergelenke in vollständiger Beugung, links	10
223	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 1 bis 2 cm, rechts	2,5
224	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 1 bis 2 cm, links	2
225	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 3 bis 4 cm, rechts	4,5
226	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 3 bis 4 cm, links	3,5
227	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen mehr als 4 cm, rechts	6,5
228	Störung der Greiffunktion des Zeigefingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen mehr als 4 cm, links	5,5

229	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken eines der Zwischengelenke des Zeigefingers bei uneingeschränkter Greiffunktion, rechts	2
230	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken eines der Zwischengelenke des Zeigefingers bei uneingeschränkter Greiffunktion, links	1
231	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken des Grundgelenks des Zeigefingers mit Abduktionsstörung, rechts	3
232	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken des Grundgelenks des Zeigefingers mit Abduktionsstörung, links	2
<b>SCHÄDIGUNG DES MITTELFINGERS, RINGFINGERS UND DES KLEINEN FINGERS</b>		
233	Verlust des ganzen Fingers mit entsprechendem Mittelhandknochen, rechts	9
234	Verlust des ganzen Fingers mit entsprechendem Mittelhandknochen, links	7
235	Verlust aller drei Fingerglieder oder zwei Glieder mit Steifheit des Grundgelenks, rechts	9
236	Verlust aller drei Fingerglieder oder zwei Glieder mit Steifheit des Grundgelenks, links	7
237	Verlust von zwei Fingergliedern, rechts	5
238	Verlust von zwei Fingergliedern, links	4
239	Verlust des letzten Glieds von einem dieser Finger, rechts	3
240	Verlust des letzten Glieds von einem dieser Finger, links	2
241	Vollständige Steifheit aller drei Gelenke von einem dieser Finger in vollständiger Streckung oder Beugung (in einer die Funktion der Nachbarfinger behindernden Stellung), rechts	8
242	Vollständige Steifheit aller drei Gelenke von einem dieser Finger in vollständiger Streckung oder Beugung (in einer die Funktion der Nachbarfinger behindernden Stellung), links	6
243	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 1 bis 2 cm, rechts	1,5
244	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 1 bis 2 cm, links	1
245	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 3 bis 4 cm, rechts	3
246	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen 3 bis 4 cm, links	2,5
247	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen mehr als 4 cm, rechts	4
248	Störung der Greiffunktion des Fingers, zur vollständigen Beugung zur Handfläche fehlen mehr als 4 cm, links	3,5
249	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken eines der Zwischengelenke des Fingers bei uneingeschränkter Greiffunktion des Fingers, rechts	2

250	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken eines der Zwischengelenke des Fingers bei uneingeschränkter Greiffunktion des Fingers, links	1
251	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken des Grundgelenks des Fingers, mit Abduktionsstörung, rechts	2
252	Nicht mögliches vollständiges Ausstrecken des Grundgelenks des Fingers, mit Abduktionsstörung, links	1
<b>TRAUMATISCHE NERVENSCHÄDIGUNG AM OBEREN GLIEDMASS</b>		
253	Vollständige Schädigung (Läsion)plexus brachialis, rechts	35
254	Vollständige Schädigung (Läsion)plexus brachialis, links	30
255	Schädigung (Läsion)plexus brachialis oberer Typ, rechts	17,5
256	Schädigung (Läsion)plexus brachialis oberer Typ, links	15
257	Schädigung (Läsion)plexus brachialis unterer Typ, rechts	17,5
258	Schädigung (Läsion)plexus brachialis unterer Typ, links	15
259	Vollständige Störung (Läsion)nervus axillaris, rechts	15
260	Vollständige Störung (Läsion)nervus axillaris, links	12,5
261	Isolierte Störung (Läsion) des nervus cutaneus brachii radialis ohne motorisches Defizit beidseitig	5,5
262	Störung des nervus thoracicus (langer Brustnerv), rechts	8
263	Störung des nervus thoracicus (langer Brustnerv), links	5,5
264	Störung (Läsion) des nervus ulnaris, rechts	20,5
265	Störung (Läsion) des nervus ulnaris, links	15,5
266	Störung (Läsion) des nervus ulnaris, nur des sensitiven Teils, beidseitig	5,5
267	Traumatische Störung des Mittelnervs, rechts (nervus medianus)	15
268	Traumatische Störung des Mittelnervs, links (nervus medianus)	12,5
269	Störung des nervus musculocutaneus, rechts	5,5
270	Störung des nervus musculocutaneus, links	4,5
271	Störung des nervus musculocutaneus, nur des sensitiven Teils, beidseitig	4
272	Vollständige Störung (Läsion) des Speichennervs (radialis), rechts	21,5
273	Vollständige Störung (Läsion) des Speichennervs (radialis), links	19
274	Läsion des distalen Teils des Nervs radialis Handbereich, rechts	11,5
275	Läsion des distalen Teils des Nervs radialis Handbereich, links	9
276	Isolierte Störung (Läsion) der Empfindlichkeit des nervus radialis, beidseitig	4
<b>VERLETZUNGEN DER UNTEREN GLIEDMASSEN</b>		

277	Verlust einer unteren Gliedmaße im Hüftgelenk oder im Bereich zwischen Hüft- und Kniegelenk	50
278	Falsches Gelenk des Oberschenkelknochens im Hals oder Nekrose des Oberschenkelkopfes	40
279	Ersatz des Oberschenkelkopfes oder -halses durch eine Endoprothese (ohne Bewertung der Gelenkbeweglichkeit), darf jedoch zusammen nicht % der Leistung für einen Gliedmaßenverlust übersteigen	15
280	Aktive chronische Knochenmarkentzündung des Oberschenkelknochens nur nach offenen Verletzungen oder nach operativen Eingriffen, die zur Behandlung der Verletzungsfolgen notwendig waren, dokumentiertes Rtg.	25
281	Verkürzung einer unteren Gliedmaße von 2 bis 4 cm	5
282	Verkürzung einer unteren Gliedmaße bis 6 cm	8,5
283	Verkürzung einer unteren Gliedmaße über 6 cm	13,5
284	Posttraumatische Deformität des Oberschenkelknochens (Bruch – verheilt mit axialer oder rotatorischer Abweichung), für jede 5° Abweichung, dokumentiertes Rtg. 3%	x
285	Vollständige Steifheit des Hüftgelenks in ungünstiger Stellung (vollständig angezogen oder abgeneigt, gestreckt oder gebeugt und diesen ähnliche Stellungen)	40
286	Vollständige Steifheit des Hüftgelenks in günstiger Stellung (leicht abgeneigt und Grundstellung oder geringfügig gebeugt)	25
287	Einschränkung der Beweglichkeit des Hüftgelenks, leichten und mittleren Grades	8
288	Einschränkung der Beweglichkeit des Hüftgelenks, schweren Grades	15
<b>KNIESCHÄDIGUNG</b>		
289	Vollständige Steifheit des Knies in ungünstiger Stellung (vollständig gestreckt oder gebeugt über 20°)	20
290	Vollständige Steifheit des Knies in ungünstiger Stellung ( gebeugt über 30°)	27,5
291	Vollständige Steifheit des Knies in ungünstiger Stellung	25
292	Endoprothese im Kniegelenkbereich (ohne Bewertung der Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit), darf jedoch zusammen % der Leistung für den Gliedmaßenverlust nicht übersteigen	10
293	Einschränkung der Beweglichkeit des Kniegelenks leichten und mittleren Grades	8
294	Einschränkung der Beweglichkeit des Kniegelenks schweren Grades	16,5
295	Instabilität des Kniegelenks, wenn ein orthopädisches unterstützendes Gerät nicht erforderlich ist, nachweisbar auch in der Krankenkarte	8
296	Instabilität des Kniegelenks, wenn ein orthopädisches unterstützendes Gerät erforderlich ist, eine Kniebandage wird nicht als solches betrachtet	10,5

297	Bleibende Folgen nach operativer Entfernung eines Meniskus (bei vollständigem Bewegungsumfang und guter Gelenkstabilität, ansonsten je nach Funktionsstörung). Wenn die Funktionsstörung bewertet wird, kann nicht nach dieser Dg. bewertet werden.	5
298	Bleibende Folgen nach operativer Entfernung beider Menisken (bei vollständigem Bewegungsumfang und guter Gelenkstabilität, ansonsten je nach Funktionsstörung). Wenn die Funktionsstörung bewertet wird, kann nicht nach dieser Dg. bewertet werden.	8
<b>SCHÄDIGUNG DES UNTERSCHENKELS</b>		
299	Verlust einer unteren Gliedmaße im Unterschenkel mit erhaltenem Knie	45
300	Verlust einer unteren Gliedmaße im Unterschenkel mit steifem Kniegelenk	50
301	Pseudarthrose am Schienbein oder beiden Unterschenkelknochen	40
302	Aktive chronische Knochenmarkentzündung der Unterschenkelknochen nur nach offenen Verletzungen und nach operativen Eingriffen, notwendig zur Behandlung von Verletzungsfolgen, dokumentiert durch Röntgen (Rtg.)	20
303	Posttraumatische Deformitäten des Unterschenkels, entstanden durch Verheilung eines Bruchs mit axialer oder rotatorischer Abweichung (die Abweichungen müssen auf dem Rtg. nachweisbar sein), ab min. 5°. Für jeden weiteren Grad wird die 5%-Bewertung um 1% erhöht. Abweichungen über 45° werden als Unterschenkelverlust bewertet. Bei der Bewertung der axialen Abweichung kann die relative Verkürzung der Gliedmaße nicht gleichzeitig eingerechnet werden.	x
<b>SCHÄDIGUNG IM BEREICH DES SPRUNGGELENKS</b>		
304	Fußverlust im Sprunggelenk oder unter diesem	40
305	Fußverlust im Chopart-Gelenk mit Gelenkarthrodese	30
306	Fußverlust im Lisfranc-Gelenk oder unter diesem	25
307	Vollständige Steifheit des Sprunggelenks in ungünstiger Stellung (dorsale Flexion oder höhere Stufe einer plantaren Flexion)	17,5
308	Vollständige Steifheit des Sprunggelenks in rechtwinkliger oder einer diesen ähnlichen Stellung	15
309	Einschränkung der Beweglichkeit des Sprunggelenks leichten und mittleren Grades	6,5
310	Einschränkung der Beweglichkeit des Sprunggelenks schweren Grades	13
311	Vollständiger Pronations- und Supinationsverlust des Beins	12

312	Pronations- und Supinationseinschränkung des Beins	4,5
313	Instabiles Sprunggelenk	5,5
314	Senk-, Knick- oder Klumpfuß nach Trauma oder andere posttraumatische Deformitäten im Sprunggelenk- und Beinbereich	8
315	Aktive chronische Knochenmarkentzündung im Bereich Fußwurzel und Mittelfuß und Fersenknochen nur nach offenen Verletzungen und nach operativen Eingriffen, notwendig zur Behandlung von Verletzungsfolgen, dokumentiert durch Röntgen (RTG)	8
<b>SCHÄDIGUNG IM FUSSBEREICH</b>		
316	Verlust aller Fußzehen	15
317	Verlust beider Glieder am großen Zeh	10
318	Verlust beider Glieder am großen Zeh mit Mittelfußknochen oder dessen Teil	15
319	Verlust des letzten Gliedes am großen Zeh	3
320	Verlust eines anderen Zehs, für jeden Zeh	2
321	Verlust den kleinen Zehs mit Mittelfußknochen oder dessen Teil	8
322	Vollständige Steifheit eines Zwischengliedgelenks am großen Zeh	3
323	Vollständige Steifheit des Grundgelenks am großen Zeh	5
324	Vollständige Steifheit beider Gelenke am großen Zeh	8
325	Einschränkung der Beweglichkeit des Zwischengliedgelenks am großen Zeh	2
326	Einschränkung der Beweglichkeit des Grundgelenks am großen Zeh	3
327	Funktionsstörung an einem beliebigen anderen Zeh als dem großen Zeh, für jeden Zeh	1
328	Posttraumatische Kreislauf- und trophische Störungen an einer unteren Gliedmaße	5,5
329	Posttraumatische Kreislauf- und trophische Störungen an beiden unteren Gliedmaßen	10,5
330	Posttraumatische Muskelatrophie an den unteren Gliedmaßen bei uneingeschränkter Gelenkbeweglichkeit, am Oberschenkel über 2 cm im Volumen	3
331	Posttraumatische Muskelatrophie an den unteren Gliedmaßen bei uneingeschränkter Gelenkbeweglichkeit, am Oberschenkel über 1 cm im Volumen	2
332	Störung (Läsion) des nervus glutei superior und inferior	8
333	Störung des nervus obturatorius	8
334	Sensitive Läsion des nervus obturatorius	4
335	Posttraumatische Störung des nervus femoralis	15,5
336	Sensitive Läsion des Oberschenkelnervs	5,5
337	Posttraumatische Störung des nervus ischiadicus (Sitznerv)	20,5
338	Sensitive Läsion des nervus ischiadicus	8
339	Nervus tibialis vollständige Störung	17,5

340	Nervus tibialis, distaler Teil mit Störung der Zehenbeweglichkeit	3
341	Sensitive Störung des nervus tibialis	2
342	Störung des Stamms des nervus fibularis mit Befall aller innervierten Muskeln	15,5
343	Läsion des Tiefenzweigs des Wadenbeinnervs	10,5
344	Läsion des Oberflächenzweigs des Wadenbeinnervs (nur des sensitiven Teils)	5,5
<b>VERSCHIEDENES</b>		
345	Umfangreiche Flächennarben von 1% bis 15% der Körperoberfläche, außer Gesicht	5,5
346	Umfangreiche Flächennarben über 15% der Körperoberfläche	25
347	Besonders verunstaltende Narben an exponierten Körperstellen, sofern sie nicht 1% der Körperoberfläche erreichen	2
348	Beim einem Finger-/Zeh-Endglied bewerten wir den Verlust weicher Teile mit einem Drittel des für den Verlust des betreffenden Gliedes angeführten Umfangs	x
349	Bei Verlust eines Finger-/Zeh-Gliedteils (wenn auch der Knochen geschädigt ist) setzen wir den Verlust des Gliedes in Dritteln fest. Den prozentualen Schädigungsumfang setzen wir als entsprechende Anzahl der Drittel des für den Verlust des betreffenden Gliedes angeführten Umfangs fest.	x

Wenn der Kunde Linkshänder ist, wird nach dem Umfang für die rechte obere Gliedmaße bewertet.

<b>ERWEITERTE UNFALLDECKUNG – NOTWENDIGER BEHANDLUNGSZEITRAUM</b>		
<b>ART DER VERLETZUNG</b>		
<b>WIRBELSÄULENVERLETZUNGEN</b>		
1	Fraktur des artikulären Fortsatzes	55
2	Fraktur des Axiszahns (dens epistrophei)	180
3	Fraktur des Dornfortsatzes	35
4	Fraktur des Wirbelbogens	85
5	Fraktur einer oder mehrerer Querfortsätze	50
6	Fraktur eines Wirbelkörpers der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule (kompressive), mit Senkung des vorderen Körperteils bis zu einem Drittel	140
7	Fraktur eines Wirbelkörpers der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule (kompressive), mit Senkung des vorderen Körperteils um mehr als ein Drittel	180
8	Splitterfraktur eines Wirbelkörpers der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule	180
9	Verstauchung der Halswirbelsäule	entfällt
10	Verstauchung der Lendenwirbelsäule	entfällt
11	Verstauchung der Brustwirbelsäule	entfällt
12	Prellung der Halswirbelsäule ohne Schädigung des Rückenmarks und dessen Nervenwurzeln	180
13	Prellung der Brustwirbelsäule ohne Schädigung des Rückenmarks und dessen Nervenwurzeln	180

14	Prellung der Lendenwirbelsäule ohne Schädigung des Rückenmarks und dessen Nervenwurzeln	180
15	Atlantookzipitale Prellung ohne Schädigung des Rückenmarks und dessen Nervenwurzeln	180
16	Prellung des Steißbeins ohne Schädigung des Rückenmarks und dessen Nervenwurzeln	30
17	Subluxation der Halswirbelsäule (Wirbelschiebung, nachgewiesen durch CT, MRT oder RTG)	120
18	Quetschung der Hals-, Brust- oder Lenden-, Sakralwirbelsäule und des Steißbeins schwereren Grades	30
19	Bandscheibenschädigung bei gleichzeitiger Wirbelkörperfraktur – nach Verletzung	170
<b>BECKENVERLETZUNGEN</b>		
20	Steißbeinfraktur	40
21	Kreuzbeinfraktur	60
22	Acetabulumrandfraktur	70
23	Einseitige Fraktur des Schambeins oder des Sitzbeins mit Splitterverschiebung	70
24	Einseitige Fraktur des Schambeins oder des Sitzbeins ohne Splitterverschiebung	60
25	Beidseitige Fraktur des Schambeins und einseitige Fraktur mit Öffnung der Schambeinfuge	120
26	Schambeinfraktur mit Kreuz-Hüftluxation des Hüftknochens	150
27	Darmbeinschaufelfraktur ohne Splitterverschiebung	60
28	Acetabulumfraktur mit zentraler Luxation des Oberschenkelknochens	150
29	Darmbeinschaufelfraktur mit Splitterverschiebung	90
30	Verstauchung des Kreuzbeins und des Lendengelenks	entfällt
31	Kreuzbeinprellung	90
32	Abbruch des vorderen Dorns oder Höckers des Hüftknochens	45
33	Beckenquetschung schwereren Grades	20
34	Abbruch des Sitzbeinhöckers	50
35	Öffnung der Schambeinfuge	60
<b>VERLETZUNGEN EINER OBEREN GLIEDMASSE</b>		
36	Fraktur mehrerer Mittelhandknochen ohne Splitterverschiebung	50
37	Fraktur mehrerer Mittelhandknochen mit Splitterverschiebung	60
38	Offene oder operierte Fraktur mehrerer Mittelhandknochen	60
39	Fraktur einiger Mittelhandknochen, behandelt durch ärztliches Richten	45
40	Fraktur eines Gliedes, des Nagelfortsatzes, eines Fingers nicht vollständig oder vollständig, ohne Splitterverschiebung	20
41	Fraktur eines Gliedes eines Fingers, mit Splitterverschiebung	40
42	Fraktur eines Gliedes eines Fingers, offen oder operiert	50
43	Fraktur eines Mittelhandknochens, behandelt durch ärztliches Richten	35

44	Fraktur eines Mittelhandknochens, vollständig ohne Splitterverschiebung	35
45	Fraktur eines Mittelhandknochens vollständig, mit Splitterverschiebung	40
46	Fraktur eines Mittelhandknochens unvollständig	25
47	Fraktur eines Mittelhandknochens offen oder operiert	60
48	Luxationsfraktur der Basis des ersten Mittelhand-(Bennett-)knochens, konservativ behandelt	60
49	Luxationsfraktur der Basis des ersten Mittelhand-(Bennett-)knochens, operativ behandelt	60
50	Fraktur der Glieder eines Fingers, durch ärztliches Richten behandelt	25
51	Fraktur der Glieder mehrerer Finger, durch ärztliches Richten behandelt	30
52	Fraktur eines anderen Mittelhandknochens, vollständig	55
53	Fraktur einiger Mittelhandknochen	60
54	Unvollständige oder vollständige Frakturen mehrerer Glieder eines Fingers mit oder ohne Splitterverschiebung	50
55	Operierte oder offene Frakturen mehrerer Glieder eines Fingers	60
56	Frakturen zweier oder mehrerer Finger nicht vollständig oder vollständig ohne Splitterverschiebung	50
57	Frakturen von Gliedern zweier oder mehrerer Finger mit Splitterverschiebung	60
58	Frakturen von Gliedern zweier oder mehrerer Finger, offen oder operiert	60
59	Amputation eines Fingers oder dessen Teils	40
60	Amputation mehrerer Finger oder deren Teil	60
61	Unterbrechung von Streck- oder Beugesehnen am Finger oder an der Hand eines Fingers - unvollständig	30
62	Unterbrechung von Streck- oder Beugesehnen am Finger oder an der Hand einiger Finger - unvollständig	40
63	Unterbrechung von Streck- oder Beugesehnen am Finger oder an der Hand eines Fingers - vollständig	50
64	Unterbrechung von Streck- oder Beugesehnen am Finger oder an der Hand einiger Finger - vollständig	55
65	Vollständige Unterbrechung der Beugesehnen am Finger oder an der Hand eines Fingers	40
66	Vollständige Unterbrechung der Beugesehnen am Finger oder an der Hand einiger Finger	45
67	Vollständige Unterbrechung einer oder mehrerer Streck- oder Beugesehnen eines Fingers und der Hand im Handgelenk	60
68	Handamputation	100
69	Amputation beider Hände	110
70	Amputation eines Unterarmes	100
71	Amputation beider Unterarme	120
72	Amputation eines Arms	150
73	Exartikulation im Schultergelenk	150
74	Einreißen des musculus supra spinatus	50

75	Vollständiger Riss des musculus supra spinatus konservativ oder operativ behandelt	70
76	Schlüsselbeinfraktur nicht vollständig	20
77	Schlüsselbeinfraktur vollständig, ohne Splitterverschiebung	35
78	Schlüsselbeinfraktur vollständig, mit Splitterverschiebung	40
79	Operierte Schlüsselbeinfraktur	45
80	Ausgerenktes Gelenk zwischen Schlüsselbein und Schulterblatt, Schlüsselbein und Brustbein, Schulter- und Ellenbogengelenk, Handgelenk und Finger	entfällt
81	Ausgerenktes Gelenk zwischen Schlüsselbein und Brustbein, konservativ behandelt	20
82	Prellung des Gelenks zwischen Schlüsselbein und Brustbein, operativ behandelt	65
83	Ausgerenktes Gelenk zwischen Schlüsselbein und Schulterblatt, konservativ behandelt	30
84	Prellung des Gelenks zwischen Schlüsselbein und Schulterblatt, operativ behandelt	60
85	Einreißen/Abreißen der Sehne des langen Kopfes des zweiköpfigen Oberarmmuskels, konservativ behandelt	40
86	Einreißen/Abreißen der Sehne des langen Kopfes des zweiköpfigen Oberarmmuskels, operativ behandelt	60
87	Konservativ behandeltes Anreißen eines anderen Muskels	35
88	Nicht vollständige Kahnbeinfraktur	60
89	Vollständige Kahnbeinfraktur	90
90	Kahnbeinfraktur, kompliziert durch Nekrose	100
91	Fraktur des Oberarmknochens, (Humerus) durch ärztliches Richten konservativ behandelt	50
92	Fraktur des Oberarmknochens, operativ behandelt	60
93	Fraktur des Ellenbogens, durch ärztliches Richten konservativ behandelt	50
94	Fraktur des Ellenbogens, operativ behandelt	65
95	Fraktur des Handgelenks (des Mondbeins und perilunare Luxation), durch ärztliches Richten konservativ behandelt	50
96	Fraktur des Handgelenks (des Mondbeins und perilunare Luxation), durch ärztliches Richten operativ behandelt	70
97	Fraktur des Schulterblatthalses oder -körpers	55
98	Fraktur der Schulterhöhe (Acromion)	35
99	Fraktur des hakenförmigen Schulterblattfortsatzes (processus coracoideus)	40
100	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des großen Höckers ohne Verschiebung	40
101	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des großen Höckers mit Verschiebung	45
102	Fraktur des oberen Oberarmknochens, Splitterfraktur des Kopfes	70
103	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des Halses ohne Verschiebung	45

104	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des Halses verkeilt	45
105	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des Halses mit Splitterverschiebung	50
106	Fraktur des oberen Oberarmknochens, des Halses luxierend, operativ behandelt	90
107	Fraktur des Oberarmschaftkörpers, nicht vollständig	40
108	Fraktur des Oberarmschaftkörpers, vollständig ohne Splitterverschiebung	60
109	Fraktur des Oberarmschaftkörpers, vollständig mit Splitterverschiebung, offen oder operiert	bis 90
110	Humerusfraktur über dem Kondylus, nicht vollständig	bis 50
111	Humerusfraktur über dem Kondylus, vollständig ohne Splitterverschiebung	60
112	Humerusfraktur über dem Kondylus, vollständig mit Splitterverschiebung	70
113	Humerusfraktur über dem Kondylus, offen oder operiert	90
114	Intraartikuläre Fraktur des unteren Humerusendes (transinterkondylische Fraktur, Fraktur des Kopfes oder Rolle des Humerusendes) ohne Splitterverschiebung	70
115	Intraartikuläre Fraktur des unteren Humerusendes (transinterkondylische Fraktur, Fraktur des Kopfes oder Rolle des Humerusendes) mit Splitterverschiebung	85
116	Intraartikuläre Fraktur des unteren (transinterkondylische Fraktur, Fraktur des Kopfes oder Rolle des Humerusendes) offen oder operiert	90
117	Fraktur des medialen Epikondyls des Humerus ohne Splitterverschiebung	45
118	Fraktur des medialen Epikondyls des Humerus mit Splitterverschiebung bis in Höhe der Gelenkspalte	60
119	Fraktur des medialen Epikondyls des Humerus mit Splitterverschiebung bis in das Gelenk	90
120	Fraktur des äußeren Epikondyls des Humerus ohne Splitterverschiebung	40
121	Fraktur des äußeren Epikondyls des Humerus mit Splitterverschiebung offen oder operiert	90
122	Fraktur des Griffelfortsatzes der Speiche ohne Splitterverschiebung	35
123	Fraktur des Griffelfortsatzes der Speiche mit Splitterverschiebung	45
124	Fraktur des Speichenkopfes, konservativ behandelt	55
125	Fraktur des Speichenkopfes, operativ behandelt	60
126	Fraktur des Körpers oder Halses der Speiche, nicht vollständig	45
127	Fraktur des Körpers oder Halses der Speiche, vollständig ohne Splitterverschiebung	60
128	Fraktur des Körpers oder Halses der Speiche, vollständig mit Splitterverschiebung	70

129	Offene oder operierte Fraktur des Körpers oder Halses der Speiche	70
130	Fraktur des unteren Speichenendes, nicht vollständig	35
131	Fraktur des unteren Speichenendes, vollständig ohne Splitterverschiebung	55
132	Fraktur des unteren Speichenendes, vollständig mit Splitterverschiebung	70
133	Fraktur des unteren Speichenendes, offen oder operiert	80
134	Epiphyseolyse des unteren Speichenendes	30
135	Epiphyseolyse des unteren Speichenendes, mit Splitterverschiebung	60
136	Konservativ behandelte Fraktur des Olekranon	45
137	Fraktur des Olekranon, operativ behandelt	55
138	Fraktur des Kronenfortsatzes der Elle	50
139	Nicht vollständige Humerusschafffraktur	45
140	Humerusschafffraktur, vollständig ohne Splitterverschiebung	55
141	Vollständige Humerusschafffraktur, mit Splitterverschiebung	70
142	Humerusschafffraktur, offen oder operiert	90
143	Fraktur des Ellengriffelfortsatzes (processus styloideus)	30
144	Fraktur beider Unterarmknochen, nicht vollständig	60
145	Fraktur beider Unterarmknochen, vollständig ohne Splitterverschiebung	60
146	Fraktur beider Unterarmknochen, vollständig mit Splitterverschiebung	70
147	Fraktur beider Unterarmknochen, offen oder operiert	70
148	Monteggia-(Luxations-) Unterarmfraktur, konservativ behandelt	70
149	Monteggia-(Luxations-) Unterarmfraktur, operativ behandelt	80
150	Abreißen der dorsalen Aponeurose	50
151	Quetschung der Gliedmaße oder deren Teils und Muskelzerrung schwereren Grades	20
<b>VERLETZUNGEN EINER UNTEREN GLIEDMASSE</b>		
152	Fraktur des hinteren Sprungbeinfortsatzes	40
153	Sprungbeinfraktur ohne Splitterverschiebung	80
154	Sprungbeinfraktur mit Splitterverschiebung	100
155	Sprungbeinfraktur, kompliziert durch Nekrose	130
156	Offene oder operativ behandelte Sprungbeinfraktur	80
157	Konservativ behandelte Sprungbeinfraktur	60
158	Fraktur des äußeren Knöchels, nicht vollständig	40
159	Fraktur des äußeren Knöchels, vollständig ohne Splitterverschiebung	55
160	Fraktur des äußeren Knöchels, vollständig mit Splitterverschiebung	70
161	Fraktur des äußeren Knöchels, operiert oder offen	85

162	Konservativ behandelte Fraktur des äußeren Knöchels, mit konservativ behandelter Sprungbeinsubluxation	90
163	Fraktur des äußeren Knöchels, mit operativ behandelter Sprungbeinsubluxation	100
164	Fraktur des inneren Knöchels, nicht vollständig, vollständig	60
165	Fraktur des inneren Knöchels, vollständig mit Splitterverschiebung, konservativ behandelt	75
166	Fraktur des inneren Knöchels, vollständig mit Splitterverschiebung, offen oder operativ behandelt	90
167	Fraktur des inneren Knöchels mit Sprungbeinsubluxation, konservativ behandelt	100
168	Operativ behandelte Fraktur des inneren Knöchels, mit Sprungbeinsubluxation	120
169	Fraktur beider Knöchel, nicht vollständig	70
170	Fraktur beider Knöchel, vollständig ohne Splitterverschiebung	80
171	Fraktur beider Knöchel, vollständig ohne Splitterverschiebung, konservativ oder operativ behandelt	110
172	Fraktur beider Knöchel mit Sprungbeinsubluxation, konservativ oder operativ behandelt	115
173	Fraktur eines Knöchels oder beider Knöchel mit Abbruch einer Schienbeinkante, ohne Splitterverschiebung	80
174	Fraktur eines Knöchels oder beider Knöchel mit Abbruch einer Schienbeinkante, mit Splitterverschiebung, konservativ behandelt	100
175	Fraktur eines Knöchels oder beider Knöchel mit Abbruch einer Schienbeinkante, mit Splitterverschiebung, operativ behandelt	100
176	Sprunggelenkfraktur	30
177	Einreißen des inneren oder äußeren seitlichen Sprunggelenkbandes	35
178	Abreißen des inneren oder äußeren seitlichen Sprunggelenkbandes	45
179	Fraktur des Sprungbeins, Würfelbeins oder der Keilbeine, konservativ oder operativ behandelt	60
180	Fraktur eines Gliedes am großen Zeh, ohne Splitterverschiebung	35
181	Fraktur eines Gliedes am großen Zeh, mit Splitterverschiebung	40
182	Fraktur eines Gliedes am großen Zeh, offen oder operiert	50
183	Amputation des großen Zehs oder eines anderen Teils	40
184	Zertrümmerte Fraktur des Nagelfortsatzes am großen Zeh	30
185	Frakturen der Glieder mehrerer Zehen oder mehrerer Glieder eines Zehs, offen oder operiert	50
186	Vollständige oder nicht vollständige Fraktur eines Gliedes anderen Zehs als dem großen Zeh	25
187	Fraktur eines Gliedes anderen Zehs als dem großen Zeh, offen oder operiert	35
188	Frakturen von Gliedern an mehreren Zehen oder mehrerer Glieder an einem Zeh	30

189	Amputation von Zehen außer dem großen Zeh, oder deren Teile	30
190	Fraktur der Grund- oder Zwischengliederzehen-gelenke	15
191	Verstauchung der Fingergelenke	entfällt
192	Fraktur der Mittelfußknochen des großen oder kleinen Zehs ohne Verschiebung	60
193	Fraktur der Mittelfußknochen des großen oder kleinen Zehs mit Verschiebung	60
194	Fraktur der Mittelfußknochen des großen oder kleinen Zehs, offen oder operiert	70
195	Fraktur der Mittelfußknochen eines anderen Zehs als dem großen oder kleinen Zeh, mit Verschiebung, ohne Verschiebung	40
196	Fraktur der Mittelfußknochen mehrerer Zehen mit Verschiebung oder ohne Verschiebung	50
197	Fraktur der Mittelfußknochen mehrerer Zehen, offen oder operiert	70
198	Konservativ oder operativ behandelte Fraktur der Mittelfußknochen (eines oder mehrerer)	45
199	Abbruch der Basis des fünften Mittelfußknochens	50
200	Abbruch der hinteren Schienbeinkante nicht vollständig	50
201	Abbruch der hinteren Schienbeinkante vollständig, ohne Splitterverschiebung	60
202	Abbruch der hinteren Schienbeinkante vollständig, mit Splitterverschiebung, konservativ oder operativ behandelt	80
203	Supramalleolare Schienbeinfraktur mit Subluxation des äußeren Sprungbeins, bzw. mit Innenknöchelfraktur, konservativ oder operativ behandelt	120
204	Supramalleolare Schienbeinfraktur mit Subluxation des äußeren Sprungbeins, bzw. mit Innenknöchelfraktur mit Abbruch der hinteren Schienbeinkante, konservativ oder operativ behandelt	120
205	Zertrümmerte intraartikuläre Fraktur der distalen Schienbeinepiphyse (Fraktur des unteren Pylons)	160
206	Schienbeinfraktur oder Fraktur beider Unterschenkelknochen, nicht vollständig, vollständig ohne Splitterverschiebung	90
207	Schienbeinfraktur oder Fraktur beider Unterschenkelknochen, vollständig mit Splitterverschiebung	120
208	Schienbeinfraktur oder Fraktur beider Unterschenkelknochen, offen oder operiert	150
209	Intraartikuläre Fraktur des oberen Schienbeinendes einer oder beider Kondylen, ohne Splitterverschiebung	100
210	Intraartikuläre Fraktur des oberen Schienbeinendes einer oder beider Kondylen, mit Splitterverschiebung	120
211	Intraartikuläre Fraktur des oberen Schienbeinendes einer oder beider Kondylen, mit Splitterverschiebung und Epiphyse	120
212	Abbruch der Schienbeinraugigkeit, konservativ oder operativ behandelt	65

213	Wadenbeinfraktur (ohne Verschiebung des Sprunggelenks) nicht vollständig	25
214	Fraktur der Fibula (ohne Beeinträchtigung des Sprunggelenks) vollständig	40
215	Fraktur des Oberschenkelkopfes (im Becken), behandelt durch ärztliches Richten, konservativ	70
216	Fraktur des Oberschenkelkopfes (im Becken), behandelt durch ärztliches Richten, operativ	80
217	Oberschenkelhalsbruch, nicht verkeilt, operativ behandelt	100
218	Oberschenkelhalsbruch, verkeilt	100
219	Konservativ behandelte Oberschenkelhalsfraktur, nicht verkeilt	150
220	Oberschenkelhalsbruch, kompliziert durch Nekrose des Kopfes oder durch Endoprothese behandelt	150
221	Traumatische Epiphyseolyse des Oberschenkelkopfes mit geringer Splitterverschiebung	100
222	Traumatische Epiphyseolyse des Oberschenkelkopfes mit wesentlicher Splitterverschiebung	120
223	Traumatische Epiphyseolyse des Oberschenkelkopfes mit Nekrose	150
224	Oberschenkelfraktur, nicht vollständig	100
225	Oberschenkelfraktur, vollständig, ohne Splitterverschiebung	120
226	Konservativ behandelte intraartikuläre Oberschenkelfraktur mit Verschiebung	160
227	Oberschenkelfraktur, vollständig mit Splitterverschiebung konservativ oder operativ behandelt	180
228	Oberschenkelfraktur, offen	180
229	Oberschenkelfraktur über dem Kondylus vollständig mit oder ohne Splitterverschiebung, konservativ behandelt	150
230	Oberschenkelfraktur über dem Kondylus, offen oder operativ behandelt	180
231	Traumatische Epiphyseolyse des distalen Endes des Oberschenkelknochens mit Splitterverschiebung	150
232	Abbruch des Epikondylus des Oberschenkelknochens, konservativ behandelt	90
233	Abbruch des Epikondylus des Oberschenkelknochens, operativ behandelt	100
234	Intraartikuläre Oberschenkelfraktur (Fraktur des Kondylus oder interkondylisch), ohne Splitterverschiebung	120
235	Intraartikuläre Oberschenkelfraktur mit Verschiebung, operativ behandelt	160
236	Kniescheibenfraktur mit Splitterverschiebung, konservativ behandelt	70
237	Kniescheibenfraktur, offen oder operativ behandelt	80
238	Kniescheibenfraktur ohne Splitterverschiebung	60
239	Kniescheibenluxation, behandelt durch ärztliches Richten, konservativ	35
240	Operativ behandelte Kniescheibenluxation	50
241	Verstauchtes Hüft- oder Kniegelenk	entfällt
242	Einriss der Kniebänder	50

243	Durchriss oder vollständiges Abreißen des inneren und äußeren seitlichen Kniebandes	60
244	Durchriss oder vollständiges Abreißen des Kniekreuzbandes	70
245	Verletzung des äußeren oder inneren Meniskus, konservativ behandelt	50
246	Verletzung des äußeren oder inneren Meniskus, operativ behandelt	85
247	Verstauchung des Chopart-Gelenks	entfällt
248	Verstauchung des Lisfranc Gelenks	entfällt
249	Fraktur des großen Rollhügels	70
250	Fraktur des kleinen Rollhügels	45
251	Pertrochantäre Fraktur, nicht vollständig oder vollständig, ohne Verschiebung	110
252	Pertrochantäre Fraktur, vollständig, mit Verschiebung, konservativ oder operativ behandelt	120
253	Subtrochantäre Fraktur, vollständig, ohne oder mit Splitterverschiebung, konservativ behandelt	110
254	Subtrochantäre Fraktur, vollständig, mit Splitterverschiebung, operativ behandelt	120
255	Subtrochantäre Fraktur, offen	150
256	Subtrochantäre Fraktur, nicht vollständig	80
257	Würfelbeinfraktur, ohne Splitterverschiebung	60
258	Würfelbeinfraktur, mit Splitterverschiebung	70
259	Fersenbeinfraktur ohne Störung der Statik (des Böhlerschen Winkels)	90
260	Fersenbeinfraktur mit Störung der Statik (des Böhlerschen Winkels)	110
261	Fersenbeinfraktur ohne Verschiebung des Fersenbeinkörpers	80
262	Fraktur der Zwischenhöckererhebung des Schienbeins, konservativ behandelt	90
263	Fraktur der Zwischenhöckererhebung des Schienbeins, operativ behandelt	100
264	Einreißen eines größeren Muskels ohne Operation	35
265	Einreißen eines größeren Muskels mit Operation	50
266	Durchreißen oder Durchtrennung eines größeren Muskels oder Sehne, konservativ oder operativ behandelt	60
267	Quetschung einer Gliedmaße oder deren Teils und Muskelzerrung schwereren Grades	25
268	Einreißen, Durchreißen der Achillessehne	70
269	Kahnbeinfraktur ohne Splitterverschiebung	60
270	Durch Nekrose komplizierte Kahnbeinfraktur	80
271	Kahnbeinfraktur, Luxation	90
272	Trimalleolarfraktur ohne Splitterverschiebung	90
273	Trimalleolarfraktur mit Splitterverschiebung, konservativ oder operativ behandelt	110
274	Fraktur eines Keilbeins, ohne Verschiebung, mit Splitterverschiebung	60
275	Fraktur mehrerer Keilbeine, ohne Verschiebung	70

276	Fraktur mehrerer Keilbeine, mit Verschiebung	90
277	Exartikulation des Hüftgelenks oder Oberschenkelamputation	140
278	Amputation beider Beine	140
279	Amputation eines Beins	140
280	Amputation beider Unterschenkel	140
281	Amputation eines Unterschenkels	120
<b>KOPFVERLETZUNGEN</b>		
282	Fraktur der Nasenbeine und der Nasenscheidewand	20
283	Fraktur der Nasenrippe und der Nasenbeine, mit Verschiebung	20
284	Teilweise Kopfskalpierung mit Hautdefekt	40
285	Vollständige Kopfskalpierung mit Hautdefekt	60
286	Kopfquetschung ohne Gehirnerschütterung, fachärztlich diagnostiziert	10
287	Prellung des Kiefergelenks	15
288	Beidseitige Kiefergelenkprellung	20
289	Schädelbasisfraktur	150
290	Schädeldachfraktur ohne Eindringen von Splintern	80
291	Schädeldachfraktur mit Eindringen von Splintern	90
292	Stirnbeinfraktur ohne Eindringen von Splintern	50
293	Stirnbeinfraktur mit Eindringen von Splintern	90
294	Scheitelbeinfraktur ohne Eindringen von Splintern	50
295	Scheitelbeinfraktur mit Eindringen von Splintern	90
296	Hinterhauptbeinfraktur ohne Eindringen von Splintern	50
297	Hinterhauptbeinfraktur mit Eindringen von Splintern	90
298	Schläfenbeinfraktur ohne Eindringen von Splintern	50
299	Schläfenbeinfraktur mit Eindringen von Splintern	90
300	Ober- und Unterkieferfraktur ohne Eindringen von Splintern	50
301	Ober- und Unterkieferfraktur mit Eindringen von Splintern	70
302	Augenhöhlenrandfraktur	50
303	Gesichtsknochenfraktur	60
304	Fraktur des Zahnfleischfortsatzes des Ober- oder Unterkiefers	35
305	Gekoppelte Frakturen Le Fort I	80
306	Gekoppelte Frakturen Le Fort II	110
307	Gekoppelte Frakturen Le Fort III	150
<b>VERLETZUNGEN DES NERVENSYSTEMS</b>		
308	Leichte Gehirnerschütterung mit Krankenhausaufenthalt, bestätigt durch eine neurologische oder chirurgische Behandlung	entfällt
309	Gehirnerschütterung mittleren (zweiten) Grades	40
310	Gehirnerschütterung schweren (dritten) Grades	80

311	Gehirnquetschung	150
312	Zertrümmerung von Gehirngewebe	180
313	Gehirnblutung, innerhalb des Schädels und in den Wirbelsäulenkanal	180
314	Rückenmarkquetschung	180
315	Rückenmarkblutung	180
316	Rückenmarkzertrümmerung	180
317	Quetschung des peripheren Nervis mit kurzzeitiger Lähmung	35
318	Verletzung des peripheren Nervis mit Störung leitender Fasern	50
319	Unterbrechung des peripheren Nervis	80
<b>AUGENVERLETZUNGEN</b>		
320	Tränensackentzündung, nachweisbar nach operativ behandelte Verletzung	20
321	Verbrennung oder Verätzung des Hornhautepithels	20
322	Verätzung oder Verbrennung des Hornhautparenchyms	120
323	Verätzung oder Verbrennung der Augenbindehaut I. Grades	20
324	Verätzung oder Verbrennung der Augenbindehaut II. Grades	35
325	Verätzung oder Verbrennung der Augenbindehaut III. Grades	50
326	Posttraumatisches Hornhautgeschwür	50
327	Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, konservativ behandelt, durch Grauen Star kompliziert	50
328	Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, konservativ behandelt, durch intraokulare Entzündung oder nicht magnetischen Fremdkörper im Auge kompliziert	70
329	Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, operativ behandelt, durch Irisprolaps oder verkeilte Iris kompliziert	85
330	Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, operativ behandelt, durch posttraumatischen Grauen Star oder nicht magnetischen Fremdkörper im Auge kompliziert	70
331	Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, operativ behandelt, durch intraokulare Entzündung oder nicht magnetischen Fremdkörper im Auge kompliziert	70
332	Operativ behandelte Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, ohne Komplikationen	50
333	Konservativ behandelte Hornhaut- oder Lederhautwunde mit Perforation, ohne Komplikationen	35
334	Oberflächenschürfwunde oder tiefe Wunde der Hornhaut ohne Perforation und ohne Komplikationen	20
335	Tiefe Wunde der Hornhaut ohne Perforation, durch Grauen Star und posttraumatischen oder intraokulare Entzündung	50
336	Perforierende Bindehautverletzung in der Umschlagfalte mit Blutung (ohne Lederhautverletzung)	15
337	Bindehautwunde, chirurgisch behandelt	15

338	Blutung in den Glaskörper und die Netzhaut, ohne Komplikationen	100
339	Blutung in den Glaskörper und die Netzhaut, kompliziert durch sekundäre Erhöhung des Augeninnendrucks, operative Behandlung erforderlich	120
340	Nasenbeinfraktur mit Unterbrechung der Tränenleiter, konservativ behandelt	20
341	Fraktur der Nasenknöchelchen mit Unterbrechung der Tränenleiter, operativ behandelt	40
342	Fraktur des Nasennebenhöhlenwand mit subdermalemalem Emphysem	100
343	Chirurgisch behandelte Riss- und Schnittwunde des Augenlides	15
344	Riss- und Schnittwunde des Augenlides mit Unterbrechung der Tränenleiter	25
345	Netzhauterschütterung	20
346	In die Augenhöhle durchdringende Wunde, ohne Komplikationen	20
347	In die Augenhöhle durchdringende Wunde, durch nicht magnetischen Fremdkörper in der Augenhöhle kompliziert	70
348	In die Augenhöhle durchdringende Wunde, durch magnetischen Fremdkörper in der Augenhöhle kompliziert	40
349	Augenquetschung mit Blutung in die Vorderkammer, ohne Komplikationen	40
350	Augenquetschung mit Blutung in die Vorderkammer, kompliziert durch sekundäre Erhöhung des Augeninnendrucks, chirurgische Behandlung erforderlich	80
351	Augenquetschung mit Irisriss, ohne Komplikationen	40
352	Augenquetschung mit Irisriss, durch Irisentzündung oder posttraumatischen Grauen Star kompliziert	70
353	Teilweise Ausrenkung der Linse, ohne Komplikationen	35
354	Ausrenkung der Linse, ohne Komplikationen	70
355	Ausrenkung und teilweise Ausrenkung der Linse, kompliziert durch sekundäre Erhöhung des Augeninnendrucks, operative Behandlung erforderlich	80
356	Verletzungsbedingte Schädigung des Sehnervs und des Chiasmus	100
357	Augenverletzung, die eine unmittelbare Herausnahme des Auges erfordert, nach Verletzung	50
358	Verletzung des Augenbewegungsapparates mit Diplopie	70
<b>OHRENVERLETZUNGEN</b>		
359	Ohrmuschelquetschung mit anschließendem Bluterguss	10
360	Ohrmuschelwunde mit sekundärer aseptischer Perichondritis	20
361	Trommelfellverletzung ohne Fraktur der Schädelknochen und ohne sekundäre Infektion	15
362	Labyrintherschütterung	30
<b>ZAHNVERLETZUNGEN</b>		
363	Notwendige Extrahierung oder Verlust von einem bis sechs Zähnen infolge von Einwirkung äußerer Gewalt (kein Biss)	30

364	Verlust oder notwendige Extrahierung von sieben und mehr Zähnen infolge von Einwirkung äußerer Gewalt (kein Biss)	40
365	Lockerung des Bindegewebehängeapparates bei einem und mehreren Zähnen (Subluxation, Luxation, Reimplantation) mit notwendiger fixierender Schienung	30
366	Fraktur einer oder mehrerer Zahnwurzeln mit notwendiger fixierender Schienung	40
<b>HALSVERLETZUNGEN</b>		
367	Perforierung oder Riss der Speiseröhre, Verätzung der Speiseröhre	90
368	Schädigung der Stimmbänder durch Verletzung oder Einatmen reizempfindlicher Dämpfe	15
369	Kehlkopf- oder Luftröhrenverletzung mit Perforierung	110
370	Fraktur des Zungenbeins oder des Schildknorpels	60
<b>BRUSTKORBVERLETZUNGEN</b>		
371	Lungenruptur	80
372	Zwerchfellruptur	85
373	Posttraumatischer offener oder Ventil-Pneumothorax	80
374	Posttraumatischer geschlossener Pneumothorax	80
375	Posttraumatische Brustkorbblutung, operativ behandelt	100
376	Posttraumatische Brustkorbblutung, konservativ behandelt	50
377	Klinisch nachgewiesene verletzungsbedingte Herzscheidungs-Verletzung	150
378	Klinisch nachgewiesene Fraktur einer bis sechs Rippen	50
379	Doppelte Fraktur einer Rippe	45
380	Doppelte Fraktur von zwei bis vier Rippen	60
381	Doppelte Fraktur von fünf und mehr Rippen	80
382	Brustkorbquetschung schwereren Grades	30
383	Brustbeinfraktur ohne Splitterverschiebung	35
384	Brustbeinfraktur mit Splitterverschiebung	50
385	Doppelte Brustbeinfraktur	90
386	Posttraumatisches mediastinales und subdermales Emphysem	80
<b>BAUCHVERLETZUNGEN</b>		
387	In die Bauchhöhle durchdringende Wunde (ohne Organschädigung)	35
388	Leberruptur	90
389	Dickdarmsruptur oder –riss ohne Resektion	60
390	Dickdarmsruptur oder –riss mit Resektion	80
391	Zwerchfellriss	80
392	Pankreasriss	110
393	Verletzungsbedingte Magenperforierung	50
394	Verletzungsbedingte Zwölffingerdarmperforierung	50
395	Gekröse-(Mesenterium-)Ruptur ohne Darmresektion	40
396	Gekröse-(Mesenterium-)Ruptur mit Darmresektion	50
397	Dünndarmruptur oder –riss ohne Resektion	50

398	Dünndarmruptur oder –riss mit Resektion	60
399	Bauchwandquetschung schwereren Grades	20
<b>VERLETZUNGEN DER UROGENITALEN ORGANE</b>		
400	Harnblasenruptur	60
401	Harnröhrenruptur	60
402	Nierenquetschung mit Hämaturie	35
403	Quetschung von Penis, Hoden und Hodensack schweren Grades	40
404	Quetschung von Hoden und Hodensack schweren Grades mit posttraumatischer Hoden- und Nebenhodenentzündung	60
405	Nierenzertrümmerung oder –ruptur mit notwendiger Operation	90
<b>ANDERE VERLETZUNGEN</b>		
406	Unkomplizierte, chirurgisch behandelte Wunde (auch Nagelplattenverlust), primär geheilt	10
407	Chirurgisch behandelte Wunde mit Komplikationen und sekundärer Heilung oder flächige Abrasion weicher Finger-/ zehenteile	25
408	Fremdkörper, chirurgisch entfernt oder nicht entfernt, mit komplizierter Behandlung (notwendige Bedingung ist die chirurgische Behandlung)	20
409	Biss durch giftige Schlange	20
410	Fremdkörper, chirurgisch entfernt oder nicht entfernt, mit unkomplizierter Behandlung (notwendige Bedingung ist die chirurgische Behandlung)	10
411	Gesamtwirkungen von Strahlung und chemischen Giften – leichte Stufe, Vergiftung durch Dämpfe oder Gase	20
<b>VERBRENNUNG, VERÄTZUNG, ERFRIERUNGEN</b>		
412	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – ersten und zweiten Grades im Umfang bis 2% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	14
413	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – ersten Grades im Umfang über 2% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	14
414	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – zweiten Grades im Umfang von 3% bis 5% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	35
415	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – zweiten Grades im Umfang von 6% bis 20% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	50
416	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – zweiten Grades im Umfang von 21% bis 40% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	100
417	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – zweiten Grades im Umfang von über 41% der Körperoberfläche (außer durch UV-Strahlung)	150
418	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang bis 5 cm <sup>2</sup>	21

419	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von über 5 cm <sup>2</sup>	25
420	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 6 cm <sup>2</sup> bis 10 cm <sup>2</sup>	40
421	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 11 cm <sup>2</sup> bis 5% der Körperoberfläche	50
422	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 6% bis 10% der Körperoberfläche	90
423	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 11% bis 15% der Körperoberfläche	100
424	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 16% bis 20% der Körperoberfläche	140
425	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 21% bis 30% der Körperoberfläche	160
426	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang von 31% bis 40% der Körperoberfläche	160
427	Verbrennung, Verätzung, Erfrierungen – dritten oder zweiten tiefen Grades (IIb) mit notwendiger chirurgischer Behandlung im Umfang ab 41%	180
<b>TRAUMATISCHER SCHOCK, NUR HOSPITALISIERTE FÄLLE</b>		
428	Traumatischer Schock, nur hospitalisierte Fälle - leichter	20
429	Traumatischer Schock, nur hospitalisierte Fälle - mittlerer	35
430	Traumatischer Schock, nur hospitalisierte Fälle - schwerer	50
<b>FOLGEN EINER DURCH ELEKTRIZITÄT VERURSACHTEN VERLETZUNG</b>		
431	Verletzung durch Elektrizität – leicht getroffen	15
432	Verletzung durch Elektrizität - mittlerer Stärke	35
433	Verletzung durch Elektrizität – insgesamt schwer getroffen	60
<b>INSGESAMTE WIRKUNGEN EINES SONNENSTICHS UND HITZESCHLAGS</b>		
434	Ingesamte Wirkungen eines Sonnenstichs und Hitzeschlags	entfällt

## Monatlicher Abzug pro 10.000 € der Versicherungssumme „Ableben“

(das in der Tabelle jeweils genannte Alter entspricht dem laufenden Alter der versicherten Person)

Alter	In €
15	0,50
16	0,50
17	0,50
18	0,50
19	0,50
20	0,50
21	0,50
22	0,50
23	0,50
24	0,50
25	0,50
26	0,50
27	0,50
28	0,50
29	0,50
30	0,50
31	0,52
32	0,54
33	0,56
34	0,60
35	0,63
36	0,68
37	0,73
38	0,80
39	0,87
40	0,97
41	1,07
42	1,20
43	1,36
44	1,53
45	1,74
46	1,96
47	2,19
48	2,42
49	2,66
50*	2,92
51	3,20
52	3,52
53	3,87
54	4,25
55	4,67
56	5,13
57	5,62

Alter	In €
58	6,16
59	6,75
60	7,41
61	8,18
62	9,10
63	10,22
64	11,59
65	12,66
66	13,85
67	15,21
68	16,81
69	18,57
70	20,50
71	22,63
72	25,01
73	27,77
74	30,89
75	34,40
76	38,30
77	42,61
78	47,34
79	52,54
80	58,22
81	64,39
82	71,07
83	78,28
84	86,03
85	94,35
86	103,25
87	112,78
88	122,92
89	133,70
90	145,10
91	157,21
92	169,99
93	183,53
94	197,98
95	213,23
96	229,88
97	248,08
98	267,79
99	288,64
100	312,28**

## Monatlicher Abzug pro 10.000 € der Versicherungssumme „Krankheiten, Operationen und Pflegebedürftigkeit“

(das in der Tabelle jeweils genannte Alter entspricht dem laufenden Alter der versicherten Person)

Alter	In €
0-15	0,88
16	0,88
17	0,88
18	0,88
19	0,88
20	0,88
21	1,00
22	1,13
23	1,38
24	1,50
25	1,50
26	1,75
27	1,88
28	2,00
29	2,25
30	2,38
31	2,75
32	2,88
33	3,25
34	3,75
35	4,00
36	4,50
37	4,88
38	5,75
39	6,63
40	7,63
41	8,75
42	10,00
43	11,00
44	12,00
45	13,00
46	13,88
47	14,63
48	16,25
49	17,75
50	19,25
51	20,75
52	22,50
53	24,13
54	25,88
55	27,50
56	29,38
57	31,25

Alter	In €
58	33,25
59	35,25
60	37,50
61	39,63
62	42,00
63	45,25
64	48,75
65	53,63
66	58,99
67	64,89
68	71,37
69	78,51
70	86,36
71	95,00
72	104,50
73	114,95
74	126,44
75	139,09
76	153,00
77	168,30
78	185,13
79	203,64
80	224,00
81	246,41
82	271,05
83	298,15
84	327,97
85	360,76
86	396,84
87	436,52
88	480,17
89	528,19
90	581,01
91	639,11
92	703,02
93	773,33
94	773,33
95	773,33
96	773,33
97	773,33
98	773,33
99	773,33
100	773,33**

\* Für das Eintrittsalter ab 50 oder mehr Jahren oder bei Erreichen des 50. Jahres auf Antrag des Versicherungsnehmers (Artikel 1 Nr. 4 der letzte Satz) gilt der Abzug in Höhe von 3 Euro für die Versicherungssumme bei Ableben in Höhe von 5.000 Euro.

\*\* Für Alter über 100 Jahre ist der Abzug identisch mit dem angeführten Abzug für Alter 100.

**Monatlicher Abzug pro 10.000 € der Versicherungssumme  
„Unfall, erweiterte Unfalldeckung, Unfalltod“**

8,36

Abzug	Abzugshöhe
Verwaltungsgebühr	5 € pro Monat
Investitionsgebühr	monatlich 0,1 % vom Saldo des Versicherungskontos (gilt nicht für NOVIS-Treue-Bonus), mindestens 2 €
Abschlusskosten für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter bis 49 Jahren	4% der vereinbarten Prämiensumme
Vertragsgebühr für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter bis 49 Jahren	in den ersten 60 Versicherungsmonaten jeweils 0,04% der vereinbarten Prämiensumme
Abschlusskosten für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter von 50 Jahren und darüber	4% von der vereinbarten Versicherungsprämie für die Dauer von 15 Jahren des Versicherungsvertrags
Vertragsgebühr für Versicherungsnehmer mit einem Eintrittsalter von 50 Jahren und darüber	in den ersten 60 Versicherungsmonaten jeweils 0,04% von der vereinbarten Versicherungsprämie für die Dauer von 15 Jahren des Versicherungsvertrags
für Änderungen der Allokationsverhältnisse der NOVIS Versicherungsfonds	0 €
für Mahnungen	0 €
für die Überführung der Versicherung in Prämienfreistellung	0 €
für Teilrückkauf	0 €
für Rückkauf	0 €
für die Änderung der Höhe des Versicherungsbeitrages	0 €



