



Vertragsunterlagen zu Ihrer Unfallversicherung

Inhaltsverzeichnis	Seite
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	2
Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung	3 – 4
Leistungsübersicht für den BASIS-, OPTIMAL- und PLUS-Tarif	5
Erläuterungen	5 – 6
Hinweise zum Datenschutz	6 – 7
Hinweise zur Vermittlervergütung	7
Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	8
Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)	9 – 24

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Die Unfallversicherung sichert gegen Risiken durch Unfallverletzungen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir folgende Leistungsarten als Geldleistungen:
- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen),
- ✓ Kostenersatz für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze,
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen,
- ✓ Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfall.
- ✓ Wir bieten weitere Leistungsarten an, sofern diese zusätzlich vereinbart wurden:
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen,
- ✓ Krankenhaustagegeld (bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen) mit Genesungsgeld,
- ✓ Todesfalleistung, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres verstirbt,
- ✓ Hilfe- und Pflegeleistungen, wenn der Alltag nach einem Unfall nur eingeschränkt bewältigt werden kann (z.B. Pflege, Fahrdienst, Menüservice, Reinigung und Wäsche).

Versicherungssumme

- ✓ Die Leistungsarten und die Versicherungssummen vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Nicht versichert sind beispielsweise:
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung,
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung),
- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenkarthrose).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z.B.:
- ! Unfälle durch Drogenkonsum,
- ! Unfälle durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen ab einem Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille,
- ! Unfälle aufgrund einer vorsätzlich begangenen oder versuchten Straftat,
- ! Bandscheibenschäden,
- ! wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel oder den einer versicherten Person so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach dem Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.
Ihr Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit geschehen).
Sie können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder Unfallrente gezahlt haben oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

A. Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1. Identität des Versicherers, ladungsfähige Anschrift, vertretungsberechtigte Personen

Ihr Versicherer ist die
WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: hus-vertrag@wgv.de
Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart HRB 7479
Sitz: Stuttgart

Vertretungsberechtigte Personen:

Vorstand: Dr. Klaus Brachmann (Vorsitzender)
Ralf Pfeiffer
Dr. Frank Welfens

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Roger Kehle,
Präsident des Gemeindetags
Baden-Württemberg a.D.

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach-, Rechtsschutz- und Krankenzusatzversicherung

3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts.

Für das Vertragsverhältnis in der Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023).

Auf die Verträge findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Mit der privaten Unfallversicherung ist die versicherte Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen aller Art abgesichert. Der Versicherungsschutz gilt für Unfälle weltweit und rund um die Uhr. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Neben der Kapitalleistung bei Invalidität können auch Rentenleistungen, Todesfallzuschuss und Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld sowie Hilfe- und Pflegeleistungen vereinbart werden.

Zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung der Unfallversicherung verweisen wir auf die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023).

4. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, zusätzliche Kosten

Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag bzw. der Tarifauskunft. Die gesetzliche Versicherungssteuer ist in den Beiträgen enthalten.

Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben.

Für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen Ihnen lediglich Kosten in Höhe der üblichen Grundtarife.

5. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Fälligkeit des Erstbeitrags:

Der Erstbeitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Zahlweise der Folgebeiträge:

zum 01.01. jährlich im Voraus
oder
zum 01.01. und 01.07. halbjährlich im Voraus
oder
zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. vierteljährlich im Voraus
oder
zum jeweils ersten eines Monats monatlich im Voraus.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, ziehen wir den Beitrag von Ihrem Konto mittels Lastschrift ein, ansonsten müssen Sie den Beitrag überweisen.

6. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der vorliegend zur Verfügung gestellten Informationen beträgt vier Wochen.

7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt

Der Vertrag kommt zustande durch den Antrag des Versicherungsnehmers und die Übersendung des Versicherungsscheins durch den Versicherer.

Die Versicherung beginnt entsprechend Ihrer Angabe im Antrag, sofern dieser unverändert angenommen wird, frühestens aber am Tag nach Antragseingang. Zu diesem Zeitpunkt beginnt auch der Versicherungsschutz.

Der Versicherungsnehmer ist an seinen Antrag zwei Wochen gebunden.

8. Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen,
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: hus-vertrag@wgv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

1/360 der Jahresprämie gemäß Tarifauskunft
(bei jährlicher Prämienzahlung) bzw.

1/180 der Halbjahresprämie gemäß Tarifauskunft
(bei halbjährlicher Prämienzahlung) bzw.

1/90 der Vierteljahresprämie gemäß Tarifauskunft
(bei vierteljährlicher Prämienzahlung) bzw.

1/30 der Monatsprämie gemäß Tarifauskunft
(bei monatlicher Prämienzahlung)

multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn der genaue Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

9. Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich mit Ablauf der Vertragszeit jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem Versicherer eine Kündigung in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) bzw. dem Versicherungsnehmer eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

10. Angaben zur Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen. Der Versicherer kann den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich kündigen.

11. Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages zugrunde legt

Vor Abschluss des Versicherungsvertrages legen wir der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sofern Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz außerhalb Deutschlands verlegen oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

13. Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages

Die Vertragsbedingungen und Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

14. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie haben Zugang zu einem außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle

Versicherungsombudsman e.V.

Sitz: Leipziger Straße 121
10117 Berlin

Anschrift: Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsman.de

Internet: www.versicherungsombudsman.de

sofern Sie Verbraucher sind und nicht gleichzeitig in derselben Sache ein Verfahren bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder vor Gericht anhängig ist. Zur Teilnahme an diesem Verfahren sind wir verpflichtet.

Als Versicherer ist für uns eine Entscheidung des Versicherungsombudsmanns bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 EUR verbindlich; darüber hinaus darf der Versicherungsombudsmann bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 EUR eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung abgeben.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

15. Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

– Bereich Versicherungsaufsicht –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Internet: www.bafin.de

Sie haben die Möglichkeit zu einer Beschwerde bei der genannten Aufsichtsbehörde.

B. Leistungsübersicht

In der Unfallversicherung bieten wir Ihnen die Tarife **BASIS**, **OPTIMAL** und **PLUS** an. Nachfolgend haben wir Ihnen die wesentlichen Leistungsunterschiede dargestellt. Die Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Für den Versicherungsschutz ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen maßgebend.

	BASIS-Tarif	OPTIMAL-Tarif	PLUS-Tarif
Invaliditätsleistung			
Leistungs-Update-Garantie (5 Jahre)	—	—	✓
Verbesserte Gliedertaxe	—	—	✓
Mitwirkung von Vorerkrankungen und Gebrechen, Berücksichtigung ab	25%	50%	75%
Eintritt der Invalidität innerhalb	18 Monate	24 Monate	24 Monate
Ärztliche Feststellung und Geltendmachung innerhalb	24 Monate	30 Monate	36 Monate
Gipsgeld bei Knochenbruch	—	100 EUR	500 EUR
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	—	10.000 EUR	20.000 EUR
Oberschenkelhalsbruch (unabhängig von Unfallursache)	—	—	✓
Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung	✓	✓ (inkl. Bauch- und Unterleibsbrüche)	✓ (inkl. Bauch- und Unterleibsbrüche)
Erhöhung des Invaliditätsgrads um 10% bei Kopfverletzung trotz Helm	—	✓	✓
Kosmetische Operationen	max. 10.000 EUR	max. 50.000 EUR (inkl. Zähne)	max. 100.000 EUR (inkl. Zähne)
Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	max. 10.000 EUR	max. 75.000 EUR	max. 100.000 EUR
Reha-Beihilfe	—	1.500 EUR	5.000 EUR
Behindertengerechter Umbau von Wohnung/PKW, Umzug in behindertengerechte Wohnung	—	—	max. 20.000 EUR
Rooming-in bis Vollendung des 14. Lebensjahres (max. 30 Nächte)	—	—	max. 50 EUR je Tag
Psychologische Betreuung	—	—	max. 10 Sitzungen
Krampfanfall als Unfallursache	—	✓	✓
Lizenzfreie Freizeitfahrten mit Karts	—	✓	✓
Behandlung in Dekompressionskammer nach Tauchunfall	max. 10.000 EUR	max. 25.000 EUR	max. 100.000 EUR
Infektion durch Zeckenstich	✓	✓	✓
Weitere bestimmte Infektionen	—	✓	✓
Impfschäden bei einer versicherten Infektion	—	✓	✓
Allergische Reaktion auf Insektenstich/-biss	—	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Strahlen	—	✓	✓
Vergiftung durch Einnahme fester/flüssiger Stoffe durch den Schlund	✓ bis zum 14. Lebensjahr	✓ ohne Alters- beschränkung	✓ ohne Alters- beschränkung
Reha-Management	✓	✓	✓
Vorsorgeversicherung für Ehegatten und Kinder	✓	✓	✓
Todesfalleistung (optional)			
Leistung bei Unfalltod auch im zweiten Jahr nach dem Unfall	✓	✓	✓
Doppelte Todesfalleistung bei Unfalltod beider Elternteile (max. 500.000 EUR)	✓	✓	✓
Unfallrente (optional)			
Monatliche lebenslange Unfallrente ab 50% Invaliditätsgrad	✓	✓	✓
Verbesserte Gliedertaxe wird berücksichtigt	—	—	✓
Auszahlung der Rente an Hinterbliebene bei Tod der versicherten Person	—	—	6 Monate
Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (optional)			
Leistungszeitraum für das Krankenhaustagegeld	max. 2 Jahre	max. 2 Jahre	max. 3 Jahre
Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen	3 Tagessätze	3 Tagessätze	3 Tagessätze
Doppeltes Krankenhaustagegeld bei Koma	—	—	max. 3 Monate
Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland	—	—	max. 21 Tage
50% des vereinbarten Krankenhaustagegelds bei Kurzzeitpflege	—	—	max. 60 Tage
Leistungszeitraum für das Genesungsgeld	max. 100 Tage	max. 200 Tage	max. 500 Tage
Optionale Ergänzungen			
Hilfe- und Pflegeleistungen	Einschluss gegen Mehrbeitrag	Einschluss gegen Mehrbeitrag	Einschluss gegen Mehrbeitrag

✓ versichert — nicht versichert

C. Erläuterungen

1. Kinder

Kinder können ab Vollendung der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr versichert werden (Kindertarif). Über das 18. Lebensjahr des versicherten Kindes hinaus kann die Versicherung zu den vereinbarten Bedingungen und Beiträgen für die Kinderunfallversicherung nicht fortgeführt werden. Die Kinderunfallversicherungen werden nach dem Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zu dem Beitrag fortgesetzt, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.

2. Erwachsene

Die Beiträge richten sich nach der beruflichen Tätigkeit und dem Alter der versicherten Person.

Gefahrengruppe A:

Personen, die

- kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschließlich Verwaltung in Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr) tätig sind, z.B. Sachbearbeiter, Büroangestellte, Bankkaufleute, Architekten, Rechtsanwälte, Sozialarbeiter, Beamte,

- leitend oder Aufsicht führend im Betrieb oder auf Baustellen (einschließlich aufsichtführende Meister) tätig sind, z.B. Produktionsleiter,
- im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind, z.B. Krankengymnasten, Friseure, Verkäufer, Optiker, Systemanalytiker,
- Anlagen/Maschinen elektronisch steuern, z.B. Nachrichtentechniker, Tontechniker, Elektroingenieure,
- keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben,
- Rentner, Pensionäre, Schüler.

Gefahrengruppe B:

Personen, die

- körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschließlich mitarbeitende Meister), z.B. Bauarbeiter, Lagerverwalter, Landwirte, Sportlehrer,
- Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, z.B. Installateure, Schreiner,
- mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, z.B. Lackierer, Schweißer,
- Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, z.B. Berufskraftfahrer, Werkzeugmacher, Offsetdrucker, Kranführer,
- Tiere behandeln oder pflegen, z.B. Tierärzte oder -pfleger,
- im Truppeneinsatz und Vollzugsdienst bei der Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind.

Übt eine Person Tätigkeiten der Gruppe A und der Gruppe B aus, so wird der Beitrag der Gruppe B berechnet. Maßgebend ist nicht der erlernte Beruf, sondern die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit. Personen, die sich in Ausbildung befinden (z.B. Studenten, Auszubildende, Volontäre und Praktikanten) sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen. Sofern eine Tätigkeit nicht zweifelsfrei einer Gefahrengruppe zugeordnet werden kann, ist beim Versicherer nachzufragen.

Nicht versichert werden Personen mit folgenden Berufstätigkeiten/Beschäftigungen: Artisten, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler, Rennfahrer, Sprengpersonal (einschließlich Munitionssuche und -räumung), Taucher, Tierbändiger.

Dem Tarif liegen folgende Altersgruppen zugrunde:

- 18 bis einschließlich 34 Jahre,
- 35 bis einschließlich 44 Jahre,
- 45 bis einschließlich 54 Jahre,
- 55 bis einschließlich 64 Jahre,
- ab 65 Jahre.

Ab 65 Jahren passen wir die Beiträge alle fünf Jahre an das Lebensalter der versicherten Person an. Ab 86 Jahren erfolgt keine weitere Anpassung.

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die nächste Altersgruppe erreicht hat, stellen wir die Versicherung auf den gültigen Tarif der jeweiligen Altersgruppe um. Die Versicherungssummen bleiben dabei unverändert.

D. Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die zur WGV Versicherungsgruppe gehörenden Unternehmen

Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G.,
WGV-Versicherung AG,
WGV-Lebensversicherung AG,
WGV Rechtsschutz-Schadenservice GmbH,
WGV-Informatik und Media GmbH,
WGV-Beteiligungsgesellschaft mbH und
WGV Holding AG

und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist das Unternehmen, mit dem Ihr Versicherungsvertrag, ein anderer Vertrag oder eine sonstige Rechtsbeziehung besteht und hierzu Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet. Den jeweiligen Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Unterlagen.

Bei den Konzerngesellschaften Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G., WGV-Versicherung AG, WGV-Lebensversicherung AG, WGV Rechtsschutz-Schadenservice GmbH und WGV-Informatik und Media GmbH handelt es sich um gemeinsam Verantwortliche nach Artikel 26 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Nähere Informationen zur gemeinsamen Verantwortlichkeit finden Sie unter www.wgv.de/datenschutz.

Sie erreichen uns unter folgender Adresse:

WGV Versicherung
70164 Stuttgart
Telefon: 0711 1695-1500
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kundenservice@wgv.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@wgv.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.wgv.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist. Ferner benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erbringung von Leistungen.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags sowie die Erbringung von Leistungen ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit den Unternehmen der WGV Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der WGV Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Rückversicherern stellen wir Ihnen unter <https://www.wgv.de/datenschutz> zur Verfügung.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter

https://www.wgv.de/docs/rechtliches/liste_personenversicherung.pdf entnehmen.

Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit Sie dem zugestimmt haben, ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission vorliegt oder andere angemessene Datenschutzgarantien vorhanden sind. Informationen hierzu stellen wir Ihnen gerne über die genannten Kontaktdaten zur Verfügung.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart
Telefon: 0711 615541-0
Telefax: 0711 615541-15
E-Mail: poststelle@ldfi.bwl.de

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Es besteht die Möglichkeit, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrags oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie gegebenenfalls von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf den folgenden Internetseiten: <http://www.informa-his.de>. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Es besteht die Möglichkeit, dass wir Ihre Daten (Name, Adresse und gegebenenfalls Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermitteln. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlung sind Artikel 6 Absatz 1 b und Artikel 6 Absatz 1 f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur infoscure Consumer Data GmbH im Sinne des Artikel 14 DSGVO, das heißt Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese auch per Post. Gerne können Sie mit uns hierzu unter der Telefonnummer 0711 1695-1500 Kontakt aufnehmen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, kann in einzelnen Fällen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrags entschieden werden.

E. Hinweise zur Vermittlervergütung

Die selbstständigen Vermittler der WGV erhalten für die Vermittlung von Versicherungsverträgen eine Kombination aus einer erfolgsunabhängigen und einer erfolgsabhängigen Vergütung (Provision);

diese ist in der Versicherungsprämie enthalten. Die Vergütung der Mitarbeiter der WGV ist unabhängig vom Abschluss eines konkreten Versicherungsvertrags, also erfolgsunabhängig.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)

Sie als unser Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1	Was ist versichert?	9
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	10
2.1	Invaliditätsleistung	10
2.2	Unfallrente	13
2.3	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	13
2.4	Todesfalleistung	14
2.5	Hilfe- und Pflegeleistungen	14
3	Welche Leistungserweiterungen sind enthalten? Welche Fristen und sonstige Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungserweiterungen?	15
4	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	18
5	Was ist nicht versichert?	18
6	Was müssen Sie beim Erreichen der nächsten Altersgruppe beachten? Was ist bei Änderungen der Berufstätigkeit/Beschäftigung zu beachten? Was gilt bei der planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)?	20

Der Leistungsfall

7	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	20
8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	21
9	Wann sind die Leistungen fällig?	21

Die Versicherungsdauer

10	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	21
----	--	----

Der Versicherungsbeitrag

11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	21
----	--	----

Weitere Bestimmungen

12	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	23
13	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	23
14	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	24
15	Wie können Meinungsverschiedenheiten gelöst werden? Welches Gericht ist zuständig?	24
16	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	24
17	Welches Recht findet Anwendung?	24
18	Was ist bei Embargos zu beachten?	24

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterung des Unfallbegriffs

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 Eigenbewegung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

1.4.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken, Erfrieren, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, Sonnenbrand, Sonnenstich

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person

- tauchtypische Gesundheitsschäden (z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen),
- den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod,
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen,
- Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich

erleidet, auch ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

1.4.4 Rettungsmaßnahmen, gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen

Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

Mitversichert sind gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.5 Oberschenkelhalsbruch

Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** gilt es auch als Unfall, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden,
- bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden,
- bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität

- bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** innerhalb von 24 Monaten,
- bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** innerhalb von 30 Monaten,
- bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** innerhalb von 36 Monaten

nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 EUR.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich für uns ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Maßgeblich für Sie ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des fünften Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste Bemessung (Ziffer 2.1.1.2) als auch für die Neubemessung (Ziffer 9.4) der Invalidität.

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Sinnesorgane oder Organe gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der hier genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das im BASIS-Tarif einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

a) Bei Vereinbarung des **BASIS-** oder des **OPTIMAL-Tarifs:**

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
alle Finger einer Hand	45 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	50 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
alle Zehen eines Fußes	13 %
Auge	50 %
beide Augen	100 %
anderes Auge, wenn ein Auge bereits verloren oder funktionsuntüchtig war	100 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
beide Ohren	60 %
anderes Ohr, wenn ein Ohr bereits funktionsuntüchtig war	60 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
vollständiger Stimmverlust	100 %
eine Niere	30 %
beide Nieren	100 %
andere Niere, wenn eine Niere bereits verloren oder funktionsuntüchtig war	100 %
Milz	20 %
Gallenblase	15 %
Magen	25 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Enddarm	30 %
ein Lungenflügel	50 %

b) Bei Vereinbarung des PLUS-Tarifs:	
Arm	75 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %
alle Finger einer Hand	75 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	75 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
Fuß	60 %
große Zehe	20 %
andere Zehe	10 %
alle Zehen eines Fußes	60 %
Auge	70 %
beide Augen	100 %
anderes Auge, wenn ein Auge bereits verloren oder funktionsuntüchtig war	100 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
beide Ohren	90 %
anderes Ohr, wenn ein Ohr bereits funktionsuntüchtig war	90 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
vollständiger Stimmverlust	100 %
eine Niere	30 %
beide Nieren	100 %
andere Niere, wenn eine Niere bereits verloren oder funktionsuntüchtig war	100 %
Milz	20 %
Gallenblase	15 %
Magen	25 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Enddarm	30 %
ein Lungenflügel	50 %

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile, Sinnesorgane oder Organe schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt im BASIS-Tarif der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile, Sinnesorgane oder Organe

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, Sinnesorgane oder Organe beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (im BASIS-Tarif 70 Prozent) und ein Bein über der Mitte des Oberschenkels zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (im BASIS-Tarif 35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.2.2.5 Mehrleistung bei Kopfverletzungen

Bei Vereinbarung des OPTIMAL- oder des PLUS-Tarifs erhöhen wir den unfallbedingten Invaliditätsgrad um 10 Prozent, wenn sich die versicherte Person bei der Ausübung von folgenden Sportarten eine Kopfverletzung zuzieht und zum Unfallzeitpunkt nachweislich einen geeigneten Helm getragen hat: Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz oder Fahrradanhänger), Laufradfahren, Reiten, Inline-Skating, Roller-Skating, Skifahren, Snowboarden, Skateboarden, Wakeboarden, Kitesurfen, Windsurfen, Surfen (Wellenreiten), Rodeln, Schlittschuhlaufen. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.3 Progressive Invaliditätsstaffel

Sie haben die Möglichkeit zu vereinbaren, dass sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Es gilt immer nur die progressive Invaliditätsstaffel, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt ist.

2.1.3.1 Invaliditätsleistung mit 225 Prozent Progression

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 ermittelt.

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression von 225 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent
26	27	64	117
27	29	65	120
28	31	66	123
29	33	67	126
30	35	68	129
31	37	69	132
32	39	70	135
33	41	71	138
34	43	72	141
35	45	73	144
36	47	74	147
37	49	75	150
38	51	76	153
39	53	77	156
40	55	78	159
41	57	79	162
42	59	80	165
43	61	81	168
44	63	82	171
45	65	83	174
46	67	84	177
47	69	85	180
48	71	86	183
49	73	87	186
50	75	88	189
51	78	89	192
52	81	90	195
53	84	91	198
54	87	92	201
55	90	93	204
56	93	94	207
57	96	95	210
58	99	96	213
59	102	97	216
60	105	98	219
61	108	99	222
62	111	100	225
63	114		

2.1.3.2 Invaliditätsleistung mit 350 Prozent Progression

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 ermittelt.

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression von 350 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

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

2.1.3.3 Invaliditätsleistung mit 500 Prozent Progression

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 ermittelt.

Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression von 500 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent
26	28	64	212
27	31	65	220
28	34	66	228
29	37	67	236
30	40	68	244
31	43	69	252
32	46	70	260
33	49	71	268
34	52	72	276
35	55	73	284
36	58	74	292
37	61	75	300
38	64	76	308
39	67	77	316
40	70	78	324
41	73	79	332
42	76	80	340
43	79	81	348
44	82	82	356
45	85	83	364
46	88	84	372
47	91	85	380
48	94	86	388
49	97	87	396
50	100	88	404
51	108	89	412
52	116	90	420
53	124	91	428
54	132	92	436
55	140	93	444
56	148	94	452
57	156	95	460
58	164	96	468
59	172	97	476
60	180	98	484
61	188	99	492
62	196	100	500
63	204		

2.1.3.4 Invaliditätsleistung mit 1.000 Prozent Progression

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 ermittelt. Die progressive Invaliditätsstaffel beginnt ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 26 Prozent. Das wirkt sich bei der Progression von 1.000 Prozent auf die Leistung aus der Versicherungssumme wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in Prozent	Leistung aus der Versicherungssumme in Prozent
26	29	64	265
27	33	65	275
28	37	66	285
29	41	67	295
30	45	68	305
31	49	69	315
32	53	70	325
33	57	71	335
34	61	72	345
35	65	73	355
36	69	74	365
37	73	75	375
38	77	76	400
39	81	77	425
40	85	78	450
41	89	79	475
42	93	80	500
43	97	81	525
44	101	82	550
45	105	83	575
46	109	84	600
47	113	85	625
48	117	86	650
49	121	87	675
50	125	88	700
51	135	89	725
52	145	90	750
53	155	91	775
54	165	92	800
55	175	93	825
56	185	94	850
57	195	95	875
58	205	96	900
59	215	97	925
60	225	98	950
61	235	99	975
62	245	100	1.000
63	255		

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder die Mehrleistung bei Kopfverletzungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat und danach
- monatlich im Voraus.

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** zahlen wir die Unfallrente für weitere sechs Monate, nachdem die versicherte Person verstorben ist.

2.3 Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung des Krankenhaustagegelds

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag gelten jeweils als ganzer Tag.

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch dann nicht, wenn

- es sich um eine Noteinweisung handelt oder
- das Institut das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnorts der versicherten Person ist oder
- die ärztliche Heilbehandlung eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung ist.

Eine unmittelbar nach einem unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt erforderliche vollstationäre Anschlussheilbehandlung oder berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung ist mitversichert.

Vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die nicht als Anschlussheilbehandlung angetreten werden, sowie Aufenthalte in Sanatorien, in privaten Einrichtungen (z.B. *Pensionen und Hotels*) und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen. Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung des Krankenhaustagegelds

2.3.2.1 Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung,

- bei Vereinbarung des **BASIS-** oder des **OPTIMAL-Tarifs** längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z.B. *zur Entfernung des Osteosynthesematerials*) erforderlich ist und nicht früher möglich war.

- bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** längstens für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls. Über das dritte Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z.B. *zur Entfernung des Osteosynthesematerials*) erforderlich ist und nicht früher möglich war.

2.3.2.2 Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen für drei Tage.

2.3.2.3 Im Ausland zahlen wir bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegelds, längstens für 21 Tage ab dem Tag des Unfalls. Danach zahlen wir bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt das Krankenhaustagegeld in der vereinbarten Höhe.

2.3.2.4 Wenn die versicherte Person bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** unfallbedingt in unmittelbarem Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt einen medizinisch notwendigen Kurzzeitpflegeaufenthalt in einem Pflege- oder Seniorenheim verbringen muss, zahlen wir für längstens 60 Kalendertage ab dem Tag des Unfalls 50 Prozent des vereinbarten Krankenhaustagegelds.

2.3.2.5 Wenn sich die versicherte Person bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** unfallbedingt in einem Koma befindet, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegelds, längstens für drei Monate ab dem Tag des Unfalls. Danach zahlen wir bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt das Krankenhaustagegeld in der vereinbarten Höhe.

- 2.3.3 Voraussetzungen für die Leistung des Genesungsgelds**
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte nach Ziffer 2.3.1 Anspruch auf Krankenhaustagegeld.
- 2.3.4 Höhe und Dauer des Genesungsgelds**
Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben. Wir erstatten das Genesungsgeld längstens für
a) 100 Tage im **BASIS-Tarif**,
b) 200 Tage im **OPTIMAL-Tarif** und
c) 500 Tage im **PLUS-Tarif**.
Ausnahme:
Bei ambulanten Operationen nach Ziffer 2.3.2.2 und bei Kurzzeitpflege nach Ziffer 2.3.2.4 besteht kein Anspruch auf Genesungsgeld.
- 2.4 Todesfalleistung**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Der Anspruch entsteht auch, wenn die versicherte Person unfallbedingt im zweiten Jahr nach dem Unfall stirbt und keine Invalidität eingetreten war. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.
Ist die versicherte Person verschollen, so besteht Anspruch auf Todesfalleistung, wenn die versicherte Person nach dem Verschollenheitsgesetz rechtswirksam für tot erklärt worden ist. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
- 2.4.2 Art und Höhe der Leistung**
Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
Werden beide bei unserer Gesellschaft unfallversicherten Elternteile durch das gleiche Unfallereignis getötet und ein minderjähriges bezugsberechtigtes Kind dadurch zur Vollwaise, verdoppelt sich die Todesfalleistung. Die Gesamtleistung aus dieser Verdoppelung ist auf höchstens 500.000 EUR begrenzt (Höchstbetrag). Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.
- 2.5 Hilfe- und Pflegeleistungen**
- 2.5.1 Was ist versichert?**
Wir erbringen Hilfe- und Pflegeleistungen, wenn ein Unfall nach Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4 bei der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit führt. Wir übernehmen die Organisation und, soweit mit eingeschlossen, die angefallenen Kosten für die unter den Ziffern 2.5.3 bis 2.5.5 aufgeführten Leistungen. Dazu bedienen wir uns qualifizierter Dienstleister.
Hilfsbedürftig ist, wer in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne der vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.5.3 bis 2.5.5 fremder Hilfe bedarf.
- 2.5.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?**
- 2.5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**
Die versicherte Person
– ist durch den Unfall nach Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4 in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).
- 2.5.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung**
Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit.
Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 2.5.3 bis 2.5.5 aufgeführten Leistungen.
- 2.5.2.3 Mitwirkung von Krankheiten**
Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 4 unsere Hilfe- und Pflegeleistungen nicht ein.
- 2.5.3 Welche Hilfe- und Pflegeleistungen sind im Inland versichert?**
Wie oft und wie lange erhalten Sie diese Leistungen?
- 2.5.3.1 Beratung zum Heil- und Pflegebedarf**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten eines Erstgesprächs zur Ermittlung des Heil- oder Pflegebedarfs. Dieses beinhaltet auch die Beratung zu möglichen Ansprüchen aus der gesetzlichen/privaten Pflegeversicherung.
- 2.5.3.2 Grundpflege**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für Leistungen der Grundpflege für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschung, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
- 2.5.3.3 Pflegeschulung**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine einmalige Pflegeschulung Ihrer Angehörigen, sofern diese die versicherte Person nach einem Unfall selbst pflegen wollen.
- 2.5.3.4 Pflegehilfsmittel**
Wir vermitteln einmalig Pflegehilfsmittel. Die Kosten für Pflegehilfsmittel sind nicht versichert.
- 2.5.3.5 Pflegeplatzgarantie**
In Notfällen vermitteln wir einen Pflegeplatz in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung für nicht suizidgefährdete Erwachsene. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt. Ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.
- 2.5.3.6 Tag- und Nachtwache**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine Tag- und Nachtwache für die Dauer von bis zu 48 Stunden nach einer Krankenhausaentlassung oder einer ambulanten Operation. Voraussetzung ist, dass aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
- 2.5.3.7 Hausnotrufanlage**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für die Installation einer Hausnotrufanlage für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet. Die Installation erfolgt am Wohnort der versicherten Person, sofern die technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) vorhanden sind.
- 2.5.3.8 Mahlzeitendienst**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für die tägliche Lieferung einer frischen Mahlzeit für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet für die versicherte Person. Bei Bedarf versorgen wir auch den in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe-/Lebenspartner sowie die im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder.
- 2.5.3.9 Fahr- und Begleitedienst**
Wir fahren und begleiten zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und sonstigen Therapien. Diese Leistung wird bis zu zweimal pro Woche für maximal sechs Monate, vom Unfalltag oder vom Entlassungstermin aus dem Krankenhaus an gerechnet, erbracht.
- 2.5.3.10 Einkäufe und Besorgungen**
Wir kaufen für die versicherte Person zweimal wöchentlich für einen Zeitraum von maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Die Kosten für die Einkäufe und Besorgungen sowie anfallende Gebühren werden nicht übernommen.
- 2.5.3.11 Wohnungsreinigung**
Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person einmal pro Woche für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.5.3.12 Wäsche- und Schuhservice**
Wir waschen, trocknen und pflegen die Wäsche und Schuhe der versicherten Person einmal pro Woche für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.5.3.13 Telefonischer Gesundheitsratgeber**
Wir stellen einen telefonischen Gesundheitsratgeber für maximal sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet zur Verfügung.
- 2.5.3.14 Familienhilfe**
Für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, organisieren wir eine Familienhilfe in folgendem Umfang:
a) Kinderbetreuung
An bis zu acht Stunden pro Tag für maximal vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet übernehmen wir die Kosten für eine Kinderbetreuung, und zwar solange, bis sie anderweitig (z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person) übernommen werden kann. In Notfällen

erfolgt diese für 24 Stunden am Tag. Als Notfälle gelten Situationen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalls ohne anderweitige Betreuungsmöglichkeiten.

b) Fahr- und Begleitsdienst

Während der Zeit der Kinderbetreuung nach a) fahren und begleiten wir Kinder zu notwendigen Terminen (z.B. *Schule, Kindergarten/Kindertagesstätte, Sportverein und Musikunterricht*).

2.5.3.15 Tierbetreuung

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine Unterbringung von gewöhnlichen Haustieren (z.B. *Hunde, Katzen, Fische, Vögel*) in Tierpensionen und Tierhotels innerhalb Deutschlands bis maximal 500 EUR. Hiervon ausgenommen sind exotische Tiere (z.B. *Schlangen, Spinnen*) oder Tiere mit besonderem Betreuungsaufwand.

Alternativ können Sie nach Absprache mit uns die private Betreuung und Unterbringung Ihres Tieres organisieren. Ein Nachweis hierüber ist erforderlich. Wir ersetzen hierfür die Kosten mit bis zu 15 EUR pro Tag, maximal erstatten wir 500 EUR.

2.5.3.16 Hausmeisterdienst und Gartenpflege

Wir organisieren einen Hausmeisterdienst für die versicherte Person zur Einhaltung der Hausordnung (z.B. *für Winterdienst und Gartenpflege*) für die selbstgenutzte Wohneinheit. Die Kosten für die anfallenden Tätigkeiten werden in folgendem Umfang übernommen:

a) Winter- und Streudienst

Wir übernehmen die Kosten hierfür mit bis zu 15 EUR pro Stunde, maximal erstatten wir 300 EUR. Alternativ organisieren Sie nach Absprache mit uns den Winter- und Streudienst selbst. Ein Nachweis hierüber ist erforderlich.

b) Gartenpflege

Wir übernehmen die Kosten für einen Gartenservice zur Verrichtung der notwendig anfallenden Tätigkeiten zur Pflege des Gartens (jahreszeitnotwendige Grundarbeiten) bis zu einer Höhe von maximal 1.000 EUR. Alternativ organisieren Sie nach Absprache mit uns die Gartenpflege selbst. Ein Nachweis hierüber ist erforderlich. Wir ersetzen die Kosten hierfür mit bis zu 15 EUR pro Stunde, maximal erstatten wir 300 EUR.

Zu den Grundarbeiten gehören:

- Rasen mähen,
- Heckenschnitt,
- Gießen der Pflanzen,
- Pflücken von Obst und Gemüse,
- Teichpflege (z.B. *winterfest machen*).

Nicht eingeschlossen sind:

- Unkrautentfernung,
- Säen des Rasens, Verlegung von Rollrasen,
- die Kostenübernahme notwendigen Gartenmaterials (z.B. *Mulch, Wurzelflies oder Grassamen*),
- Neuverlegung von Terrassenbelägen und Pflastersteinen,
- Reinigung der Terrasse inkl. Unkrautentfernung,
- Leeren des Gartenteichs,
- Pflege von parkähnlichen Anlagen, Bauernhöfe oder Gewerbebetriebe.

2.5.3.17 Beratung zu behindertengerechten Maßnahmen

Wir vermitteln einmalig eine Beratung der versicherten Person für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs oder Ihrer Wohnung/Ihres Hauses. Die für Umbauten anfallenden Kosten sind nicht versichert, mit Ausnahme der in Ziffer 3.8 getroffenen Regelung.

2.5.3.18 Besondere Leistungen für versicherte Kinder

Sofern die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gelten folgende Erweiterungen:

a) Kinderbetreuung

An bis zu acht Stunden pro Tag für maximal vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet übernehmen wir die Kosten für eine Kinderbetreuung, und zwar solange, bis sie anderweitig (z.B. *durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person*) übernommen werden kann.

b) Fahr- und Begleitsdienst

Wir fahren und begleiten das Kind zur Tagesmutter, Kindergarten/Kindertagesstätte oder Schule. Die Kosten werden bis zu maximal 500 EUR je Versicherungsfall übernommen.

c) Nachhilfe

Wir übernehmen die Kosten für den Nachhilfeunterricht in Höhe von maximal 2.000 EUR. Dies beinhaltet nicht die Organisation oder Vermittlung des Nachhilfeunterrichts. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die versicherte Person aufgrund des Versicherungsfalls mindestens vier Wochen ununterbrochen nicht am Schulunterricht teilnehmen konnte.

2.5.4 Welche Hilfe- und Pflegeleistungen sind im Ausland versichert?

a) Rückholdienste

Versichert sind Rückholdienste einschließlich Überführung aus dem Ausland im folgenden Umfang:

Erleidet die versicherte Person im Ausland einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4, organisieren wir boden- oder luftgebundene Patiententransporte sowie die Überführung von Verstorbenen zum letzten ständigen Wohnsitz bzw. organisieren eine Bestattung im Ausland. Die Kosten hierfür werden im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach Ziffer 3.3 übernommen.

b) Arzneimittelversand

In Notfällen organisieren wir den Versand eines in Deutschland zugelassenen und verschreibungspflichtigen Medikaments ins Ausland, sofern dieses vor Ort nicht erhältlich oder dort kein Ersatzpräparat vorhanden ist. Für das zu versendende Medikament darf keine Einfuhrbeschränkung bestehen.

Wir übernehmen die Kosten des Versands einschließlich der Zolllkosten. Die Kosten für die Medikamente werden nicht übernommen.

2.5.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

2.5.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grads der versicherten Person.

2.5.5.2 Umfang und Dauer der Leistung

Wir übernehmen die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang, Häufigkeit und Dauer von Ziffer 2.5.3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

2.5.6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 gelten folgende Obliegenheiten:

2.5.6.1

Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

2.5.6.2

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann das Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 gilt entsprechend.

2.5.7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

3 Welche Leistungserweiterungen sind enthalten?

Welche Fristen und sonstige Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungserweiterungen?

3.1 Familienvorsorgeversicherung

3.1.1 Bei Heirat, Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder der Geburt/Adoption eines minderjährigen Kindes während der Laufzeit des Vertrags gilt folgendes:

- Für Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner besteht für ein Jahr ab dem Tag der Heirat bzw. Schließung der eingetragenen Lebenspartnerschaft beitragsfrei Versicherungsschutz.
- Für Neugeborene oder minderjährige Adoptivkinder besteht für ein Jahr ab dem Tag der Geburt oder dem Tag der Adoption beitragsfrei Versicherungsschutz.

Versicherungsschutz besteht für diese Personen aber nur dann, wenn weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht.

- 3.1.2 Die Versicherungssummen betragen
- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall ohne Progression,
 - 10.000 EUR für den Todesfall.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen mit Familienvorsorgeversicherung, können Sie Leistungen für hinzukommende Personen nur aus einem dieser Verträge verlangen.

- 3.1.3 Wird für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner oder das Kind/Adoptivkind während des beitragsfreien Zeitraums ein eigener Vertrag abgeschlossen, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung bei diesen Personen. In diesem Fall endet die beitragsfreie Mitversicherung im Rahmen der Familienvorsorgeversicherung.

3.2 Kosten für kosmetische Operationen

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** übernehmen wir auch Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen handelt. Nicht übernommen werden die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (*Brücken, Kronen, Stiftzähne, Gebisse und Implantate*).

3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

- a) Bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** ist die Kostenerstattung für kosmetische Operationen auf 10.000 EUR begrenzt.
- b) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** ist die Kostenerstattung für kosmetische Operationen einschließlich der in Ziffer 3.2.1 genannten Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten auf 50.000 EUR begrenzt.
- c) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** ist die Kostenerstattung für kosmetische Operationen einschließlich der in Ziffer 3.2.1 genannten Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten auf 100.000 EUR begrenzt.

3.3 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall folgende Kosten entstanden:

- Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- Mehrkosten bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- zusätzliche Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person; sofern die versicherte Person oder sonstige Familienangehörige nicht zur Verfügung stehen, wird eine Begleitung für Kinder oder hilfsbedürftige Mitreisende gestellt.

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

Bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Person ersetzen wir

- im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
- im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Mitversichert sind die Behandlungskosten der versicherten Person in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

- 3.3.2.1 Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten

- a) bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** insgesamt bis zu einer Höhe von 10.000 EUR,
- b) bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** insgesamt bis zu einer Höhe von 75.000 EUR,
- c) bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** insgesamt bis zu einer Höhe von 100.000 EUR.

- 3.3.2.2 Unabhängig von Ziffer 3.3.2.1 werden nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer

- a) bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** bis zu einer nachgewiesenen Höhe von 10.000 EUR,
- b) bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** bis zu einer nachgewiesenen Höhe von 25.000 EUR,
- c) bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** bis zu einer nachgewiesenen Höhe von 100.000 EUR

erstattet.

3.4 Reha-Management (Rehabilitationsleistungen)

3.4.1 Was ist versichert?

Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister. Diese Leistungen können nicht getrennt vom Unfallversicherungsvertrag versichert werden. Die Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

3.4.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

3.4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall nach Ziffer 1.3 oder Ziffer 1.4 erlitten. Dieser Unfall führt nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu einer zu erwartenden Invalidität von mindestens 20 Prozent.

3.4.2.2 Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung beinhaltet

- eine Situationsanalyse,
- die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung eines individuellen Rehabilitationskonzepts,
- die Verlaufsbegleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

Der Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der verunfallten versicherten Person, deren Angehörigen, den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben.

3.4.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 4 unsere Leistungen nicht ein.

3.4.3 Welche Leistungen sind versichert?

Versichert ist die Beratung, Organisation und Vermittlung der jeweiligen Leistungen. Die für die jeweiligen Leistungen anfallenden Kosten, mit Ausnahme der unter Ziffer 3.4.3.4 genannten Kosten, sind nicht versichert.

3.4.3.1 Medizinische Rehabilitation und Therapie

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, -maßnahmen und Therapien.

Das können zum Beispiel sein:

- qualifizierte Leistungserbringer (z.B. *spezialisierte Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen*),
- spezielle Therapien und Maßnahmen (z.B. *psychologische Betreuung, Osteopathie*).

Beispiel: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik gebracht. Auf Wunsch der versicherten Person

- *organisieren wir die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,*
- *vermitteln wir geeignete Anschlussbehandlungen (z.B. Osteopathie).*

3.4.3.2 Antrags- und Amtsvorgänge

Wir beraten zu den Leistungsvoraussetzungen und der Beantragung von Leistungen bei dem jeweils verantwortlichen deutschen Sozialleistungsträger.

3.4.3.3 Beruf, Ausbildung, Kindergarten/Kindertagesstätte, Schule

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeits-, Ausbildungs-, Schul- oder Kindergarten-/Kindertagesstättenverhältnis oder die berufliche Neuorientierung.

Das können zum Beispiel sein:

- Erarbeitung eines beruflichen Rehabilitationsplans,
- Schnellstmögliche Aufnahme einer qualifizierten Bildungs- oder Ausbildungsmaßnahme,
- Arbeitsplatzerhalt mittels Umorganisation, technischer Anpassung, Umsetzung im Unternehmen und arbeitsplatzorientierter Qualifizierungsmaßnahmen,
- Harmonisierte Wiedereingliederung in Kindergarten/Kindertagesstätte oder Schule,
- Schließung von Bildungslücken für Kinder/Jugendliche im schul- und bildungsfähigen Alter.

3.4.3.4 Heil- und Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Heil- und Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen,
- Logopädie, Physiotherapie, Krankengymnastik.

Zur einmaligen Finanzierung zusätzlicher, als notwendig erkannter ambulanter Heil- und Hilfsmittel, erstatten wir Kosten bis 500 EUR.

3.4.3.5 Wohnen und Mobilität

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation und zum Erhalt der Mobilität.

Das können zum Beispiel sein:

- barrierefreies Wohnkonzept,
- Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung,
- Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen.

3.4.4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen?

Die Leistungen nach Ziffer 3.4.2.2 und 3.4.3 erbringen wir für längstens zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

3.4.5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 gelten folgende Obliegenheiten:

3.4.5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

3.4.5.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern,
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

3.4.5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann das Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 gilt entsprechend.

3.4.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

3.4.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Rehabilitationsleistungen, ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitere Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die Bedingungen, die für die jeweiligen Leistungsarten gelten.

3.5 Reha-Beihilfe

3.5.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs**

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine durch ärztliches Attest nachgewiesene medizinisch notwendige Reha-Maßnahme durchgeführt.

Dies gilt auch für teilstationäre Reha-Maßnahmen.

Ausnahme:

Anschlussheilbehandlungen gelten nicht als Reha-Maßnahmen.

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

a) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** wird die Reha-Beihilfe einmalig in Höhe von 1.500 EUR gezahlt.

b) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** wird die Reha-Beihilfe einmalig in Höhe von 5.000 EUR gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Reha-Beihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.6 Gipsgeld

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** zahlen wir einmalig ein Gipsgeld, wenn die versicherte Person einen oder mehrere Knochenbrüche erleidet. Ein Leistungsanspruch besteht bereits bei Stellung einer ärztlichen Diagnose.

a) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** beträgt die Einmalzahlung 100 EUR.

b) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** beträgt die Einmalzahlung 500 EUR.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann das Gipsgeld nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.7 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Führt ein Unfall bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** bei einer versicherten Person zu einer der folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung bzw. Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grads,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs

wird einmalig eine Sofortleistung gezahlt.

a) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** beträgt die Sofortleistung 10.000 EUR.

b) Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** beträgt die Sofortleistung 20.000 EUR.

Sie entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

Die Sofortleistung muss bis längstens 15 Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attests geltend gemacht werden. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die Sofortleistung bei schweren Verletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Führt ein Unfall bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent im Sinne von Ziffer 2.1 und wird aufgrund der Unfallfolgen

- ein behindertengerechter Umbau des Kraftfahrzeugs der versicherten Person,
- ein behindertengerechter Umbau der Wohnung der versicherten Person oder der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung

medizinisch notwendig, erstatten wir die hierfür entstehenden Kosten bis zur Höhe von 20.000 EUR. Dies gilt für einen Zeitraum von bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

Voraussetzung ist, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die behinderungsbedingten Mehraufwendungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.9 Rooming-in-Leistung bei Kindern

Befindet sich bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** das versicherte Kind unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 30 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 EUR gezahlt. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die Rooming-in-Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.10 Psychologische Beratung

Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** erstatten wir abweichend von Ziffer 5.2.7 die nachgewiesenen Kosten für maximal 10 Sitzungen einer psychologischen Behandlung/Beratung. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person

- aufgrund eines Unfalls eine schwere Verletzung nach Ziffer 3.7 oder eine Amputation erlitten hat oder
- Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist oder
- einen Angehörigen 1. Grads durch unfallbedingten Tod verloren hat.

Voraussetzung ist weiter, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die Erstattung von Kosten für die psychologische Behandlung/Beratung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.11 Leistungs-Update-Garantie

3.11.1 Bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** gelten für einen Zeitraum von fünf Jahren ab Beginn dieses Versicherungsvertrags alle Leistungsverbesserungen, die in einer neuen Fassung des **PLUS-Tarifs** der vorliegenden Versicherungsbedingungen eingeführt werden, auch für diesen Vertrag.

3.11.2 Das gilt auch dann, wenn diese Leistungsverbesserungen in einer neuen Fassung des **PLUS-Tarifs** mit einer Änderung des Beitrags verbunden sind.

Die Leistungsverbesserung wird mit ihrer Einführung für diesen Vertrag sofort wirksam.

3.11.3 Nach Ablauf der fünf Jahre gelten wieder ausschließlich die in der vorliegenden Fassung vereinbarten Bedingungen. Danach kann der Versicherungsnehmer nur von den in diesem Zeitraum eingeführten Leistungsverbesserungen profitieren, wenn eine Umstellung des Vertrags auf den dann aktuellen Tarif zu den dann geltenden Bedingungen und Beiträgen erfolgt.

4 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

4.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z.B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z.B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

4.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

4.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

Beträgt der Mitwirkungsanteil

- a) bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** weniger als 25 Prozent,
- b) bei Vereinbarung des **OPTIMAL-Tarifs** weniger als 50 Prozent,
- c) bei Vereinbarung des **PLUS-Tarifs** weniger als 75 Prozent

nehmen wir keine Kürzung vor.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstige Mittel, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter,
- kommt unter Alkoholeinfluss (Blutalkoholgehalt von 1,3 oder mehr Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab,
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahmen:

Versichert sind jedoch Unfälle der versicherten Person durch folgende Bewusstseinsstörungen:

- Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
- Trunkenheit. Beim Führen von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.
- Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten und ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen“. Bei einer Entführung oder Geiselnahme auch infolge der unterbliebenen oder falschen Verabreichung von Medikamenten.
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit, Sekundenschlaf), Schlafwandel oder das Einschlafen infolge der Übermüdung.
- Diabetes (Zuckerschok).
- Herzinfarkt oder Schlaganfall.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Unmittelbare Gesundheitsschäden durch Diabetes (Zuckerschok), einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bleiben ausgeschlossen.

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person durch epileptische Anfälle oder sonstige Krampfanfälle.

5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.

Ausnahmen:

Bei minderjährigen versicherten Personen besteht Versicherungsschutz, wenn

- die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs ohne Fahrerlaubnis besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs vorliegt. Voraussetzung ist jedoch, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist jedoch, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

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

Ausnahmen:

- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen (passives Kriegsrisiko). Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 22. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staats zu verlassen.
- Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

Diese Ausnahmen gelten nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind,
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Als Passagier eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts und als Kitesurfer besteht somit Versicherungsschutz.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen. Rennveranstaltungen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht jedoch bei der Teilnahme an Veranstaltungen, bei denen es ausschließlich oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten).

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** gelten auch Freizeitfahrten auf In- oder Outdoorbahnen mit Karts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, als mitversichert. Voraussetzung ist dabei, dass diese Fahrveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind und hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** besteht erweiternd Versicherungsschutz bei Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z.B. *Mikrowellenstrahlen*),
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen und
- energiereiche Strahlen mit einer Härte von 100 Elektrovolt.

Diese Erweiterungen gelten nicht für Heilmaßnahmen im Sinne von Ziffer 5.2.3. In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Berufs- und Gewerkrankheiten und auch nicht bei regelmäßigem Umgang mit Strahlen erzeugenden Apparaten.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahmen:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, waren durch einen Unfall veranlasst und für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
- Der Gesundheitsschaden wird beim Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut erlitten.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen.

Ausnahmen:

- Tollwut und Wundstarrkrampf,
- Wundinfektion und Blutvergiftungen, die Folge eines Unfalls sind,
- Infektion mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind,
- Infektion durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3),
- Frühsommer-Meningitis (FSME) oder Lyme-Borreliose durch einen Zeckenbiss. Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht abweichend von Ziffer 2.1.1.2 auch dann, wenn die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall (Zeckenbiss) eingetreten und innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist. In Abänderung von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für derartige Infektionen bei Neuabschluss eines Vertrags erst nach einer Wartezeit von drei Monaten.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** gilt:

- Versicherungsschutz besteht bei einer erstmaligen Infektion durch einen Erreger (z.B. *durch Tierbisse oder Insektenstiche*) von Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Fleckenfieber, Gelbfieber, Lepra, Malaria, Paratyphus, Pest, Pocken, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest) und Typhus.
- Versicherungsschutz besteht auch für Impfschäden durch Impfungen gegen eine dieser Infektionskrankheiten inklusive FSME und Lyme-Borreliose, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- Versichert sind allergische Reaktionen auf Insektenstiche und Insektenbisse.

Als Unfalltag gilt der Tag, an dem die Infektion erstmals ärztlich diagnostiziert wurde. In Abänderung von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für derartige Infektionen bei Neuabschluss eines Vertrags erst nach einer Wartezeit von drei Monaten.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

- a) Die versicherte Person hat bei Vereinbarung des **BASIS-Tarifs** zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.
Unabhängig vom Alter der versicherten Person sind jedoch unfreiwillige Nahrungsmittelvergiftungen versichert.
- b) Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** gilt der Ausschluss nicht.

5.2.6 Vergiftungen durch Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube und Säuren.

Ausnahme:

Es besteht erweiternd Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren unvorhergesehen ausgesetzt war. Plötzlichkeit wird auch dann noch angenommen, wenn die versicherte Person durch unabwendbare Umstände diesen Einwirkungen bis zu sieben Tage lang ausgesetzt war.

Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz für Berufs- und Gewerkrankheiten.

5.2.7 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall,
- Angstzustände des Opfers einer Straftat.

Ausnahme:

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

5.2.8 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Bei Vereinbarung des **OPTIMAL-** oder des **PLUS-Tarifs** sind durch eine erhöhte Kraftanstrengung (Ziffer 1.4.1) oder eine Eigenbewegung (Ziffer 1.4.2) erlittene Bauch- oder Unterleibsbrüche mitversichert.

6 Was müssen Sie beim Erreichen der nächsten Altersgruppe beachten? Was ist bei Änderungen der Berufstätigkeit/ Beschäftigung zu beachten? Was gilt bei der planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)?

6.1 Änderung der Altersgruppe

Dem Tarif liegen folgende Altersgruppen zu Grunde:

- 0 bis einschließlich 17 Jahre (Kindertarif),
- 18 bis einschließlich 34 Jahre,
- 35 bis einschließlich 44 Jahre,
- 45 bis einschließlich 54 Jahre,
- 55 bis einschließlich 64 Jahre,
- ab 65 Jahre.

Ab 65 Jahren passen wir die Beiträge alle fünf Jahre an das Lebensalter der versicherten Person an. Ab 86 Jahren erfolgt keine weitere Anpassung.

6.1.1 Anpassung des Beitrags

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person die nächste Altersgruppe erreicht hat, stellen wir die Versicherung auf den gültigen Tarif der jeweiligen Altersgruppe um. Die Versicherungssummen bleiben dabei unverändert.

Zum Anpassungstermin werden wir Sie rechtzeitig über den für die neue Altersgruppe gültigen Beitrag informieren.

Wenn Sie keine Beitragsanpassung bei gleichbleibender Versicherungssumme wünschen, haben Sie stattdessen die Möglichkeit die Versicherungssummen zu reduzieren und den bisherigen Beitrag beizubehalten. Teilen Sie uns dies nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres in Textform (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) mit, setzen wir den Vertrag mit gleichbleibenden Versicherungssummen fort.

6.1.2 Außerordentliches Kündigungsrecht

Sie können den Vertrag kündigen, wenn die Anpassung zu einer Beitragserhöhung führt. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Ihr Kündigungsrecht können Sie nur innerhalb eines Monats ausüben, nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (C. Erläuterungen).

6.2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich in Textform mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reservierungen, befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst) oder eine lediglich vorübergehende Übernahme von Sonderaufgaben müssen nicht angezeigt werden.

6.2.2 Auswirkung der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichen Versicherungssummen niedrigere oder höhere Beiträge, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung in Textform zugeht. Dies gilt auch, wenn Sie uns die Veränderung nach Ziffer 6.2.1 versehentlich nicht unverzüglich mitgeteilt haben.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag fort und reduzieren die Versicherungssummen entsprechend der neuen Risikoeinstufung, wenn Sie uns dies in Textform mitteilen.

6.3 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Wenn es ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen aufgeführt ist, werden die Versicherungssummen und Beiträge jährlich angepasst.

6.3.1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung,
- Unfallrente,
- Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld,
- Todesfalleistung.

6.3.2 Anpassung der Versicherungssummen

Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfalleistung auf volle 500 EUR,
- für die Unfallrente auf volle 50 EUR,
- für das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

6.3.3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

6.3.4 Verfahren

- Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung. Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.
- Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss Ihnen gegenüber spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres, uns gegenüber vor dem Wirksamwerden der Erhöhung in Textform erfolgen.

6.3.5 Ausschluss der Dynamik

Die in Ziffer 2.5 und 3 genannten Beträge für den Kostenersatz nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

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

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaustausch, der durch die Untersuchung entsteht.

Wird bei Unternehmern, freiberuflich Tätigen, Selbstständigen und Geschäftsführern der Verdienstaustausch nicht konkret nachgewiesen, beträgt die Erstattung höchstens 300 EUR.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von acht Wochen zu melden.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben oder
- wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten (z.B. Reisekosten, Verdienstaustausch) übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

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

Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahren nach dem Unfall und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits bezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies gilt vorbehaltlich der Regelungen über die Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erstbeitrags.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr wird der Versicherungsvertrag zunächst bis zum 31. 12. des folgenden Kalenderjahres abgeschlossen. Er verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen in Schriftform oder uns in Textform spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag in Textform kündigen, wenn

- wir erstmals eine Leistung erbracht haben, oder
- wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder Unfallrente gezahlt haben, oder
- Sie gegen uns Klage auf Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach

bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 **Versicherungsteuer**

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

11.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag**

11.2.1 **Fälligkeit der Zahlung**

Der erste Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 **Rücktritt**

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

11.3.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 **Verzug**

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 **Zahlungsfrist**

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 **Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz,
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 **Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

Monatliche und vierteljährliche Zahlweise sind nur bei erteiltem Lastschriftmandat möglich.

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. In diesen Fällen sind wir auch berechtigt, eine monatliche oder vierteljährliche Zahlweise auf halbjährliche Zahlweise umzustellen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.6 **Beitragsbefreiung**

11.6.1 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

11.6.2 **Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit (Zahlungspause)**

11.6.2.1 Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten, ohne dass Sie Ihren Versicherungsbeitrag zahlen müssen.

Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Sie sind arbeitslos gemeldet und haben einen Anspruch auf Arbeitslosengeld (§ 137 SGB III) oder Sie sind erwerbsunfähig und haben einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente (§ 43 SGB VI).
- Sie standen bei Beginn der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit seit mindestens zwei Jahren in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis nach deutschem Recht.
- Sie haben ein Arbeitsentgelt bezogen, das über dem Entgelt für geringfügige Beschäftigung lag.
- Sie haben die Zahlungspause während der Laufzeit Ihres Vertrags bisher noch nicht in Anspruch genommen.

11.6.2.2 Die Zahlungspause gilt höchstens für ein Jahr und beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit. Dies gilt auch dann, wenn während der Zahlungspause mehrere der Voraussetzungen nach Ziffer 11.6.2.1 gegeben sind (z.B. *erst Arbeitslosigkeit, dann Erwerbsunfähigkeit*).

Die Zahlungspause endet, wenn Sie ein Arbeitsverhältnis aufnehmen. Über die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses müssen Sie uns unverzüglich informieren.

11.6.2.3 Eine Zahlungspause nach Ziffer 11.6.2 tritt nicht ein, wenn

- eine andere Person verpflichtet ist oder verpflichtet wäre, den Beitrag zu zahlen – davon ausgenommen ist eine gesetzliche Unterhaltspflicht – oder
- Sie bereits vor Versicherungsbeginn arbeitslos bzw. erwerbsunfähig geworden sind oder
- Ihnen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags eine Kündigung oder ein(e) sonstige(s) auf (einvernehmliche) Aufhebung des Arbeitsverhältnisses gerichtete(s) Maßnahme/Angebot bekannt ist oder
- die Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit innerhalb von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn eintritt – es sei denn, sie tritt als Folge eines versicherten Unfalls innerhalb dieses Zeitraums ein – oder
- die Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit verursacht ist durch militärische Konflikte, innere Unruhen, Streiks oder Nuklearschäden (ausgenommen durch eine medizinische Behandlung) oder
- die Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit von Ihnen vorsätzlich verursacht wurde (z.B. *kündigen Sie das Arbeitsverhältnis oder schließen einen Aufhebungsvertrag*) oder in ursächlichem Zusammenhang mit einer von Ihnen begangenen vorsätzlichen Straftat steht oder
- Sie bis zum Eintritt der Voraussetzungen nach Ziffer 11.6.2 nicht alle fälligen Versicherungsbeiträge gezahlt haben oder
- Sie das 60. Lebensjahr vollendet haben.

- 11.6.2.4 Den Anspruch auf Zahlungspause müssen Sie unverzüglich geltend machen. Sie müssen
- uns Auskunft über alle Umstände Ihres Anspruchs erteilen und
 - nachweisen, dass die Voraussetzung für eine Zahlungspause nach Ziffer 11.6.2 gegeben ist. Zum Nachweis müssen Sie eine amtliche Bescheinigung (z.B. *Bewilligungsbescheid vom Arbeitsamt*), Ihren letzten Arbeitsvertrag oder Ihre letzte Gehaltsabrechnung und eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses vorlegen.
- 11.6.2.5 Wir können Sie höchstens alle drei Monate auffordern, aktuelle Nachweise dafür vorzulegen, ob Sie noch die Voraussetzung für eine Zahlungspause erfüllen. Wenn Sie dieser Aufforderung nicht unverzüglich nachkommen, beenden wir die Zahlungspause. Diese Zahlungspause tritt jedoch mit sofortiger Wirkung wieder in Kraft, wenn die Auskünfte und Nachweise nachgereicht werden.
- 11.6.2.6 Eine Erweiterung des Versicherungsumfangs sowie eine Umstellung auf ein anderes Bedingungsmerk sind während der Zahlungspause nicht möglich.

Weitere Bestimmungen

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht nicht der versicherten Person, sondern ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 14.1 Gesetzliche Verjährung**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 Aussetzung der Verjährung**
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 15 Wie können Meinungsverschiedenheiten gelöst werden? Welches Gericht ist zuständig?**
- 15.1 Meinungsverschiedenheiten**
Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit uns auf, damit wir die Angelegenheit klären können.
- 15.1.1 Versicherungsombudsmann**
Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.
Versicherungsombudsmann e.V.
Sitz: Leipziger Straße 121
10117 Berlin
Anschrift: Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.
Verbraucher, die diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.
- 15.1.2 Versicherungsaufsicht**
Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
– Bereich Versicherungsaufsicht –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.
- 15.1.3 Rechtsweg**
Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
- 15.2 Gerichtsstände**
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist,
 - das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- 15.2.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.
- 15.2.3 Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist.
- Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 17 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 18 Was ist bei Embargos zu beachten?**
Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.