



Verbraucherinformation zu Ihrer

Unfallversicherung



Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	4
Informationen zu Ihrer Unfallversicherung gemäß § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung	5
Widerrufsbelehrung	6
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht	7
Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen einer Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall	7
Leistungen der BGV Unfallversicherung im Überblick	8
Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB) – Ausgabe 2023	11

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?	2.20	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen und medizinische Hilfsmittel
1.1 Grundsatz	2.21	Umschulungsmaßnahmen
1.2 Geltungsbereich	2.22	Helmbonus
1.3 Unfallbegriff	2.23	Mehrleistung im BGV versicherten Kfz
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	2.24	Zusätzliche Leistungserweiterungen für Angehörige von gemeinnützigen Hilfsorganisationen
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	2.25	Vollwaisenrente für Kinder
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	2.26	Rooming-in-Leistung/Übernachtung eines Elternteils im Krankenhaus
2.1 Invaliditätsleistung	2.27	Schulausfallgeld
2.2 Unfallrente	2.28	Psychologische Hilfe für Kinder
2.3 Tagegeld	2.29	Trostpflaster nach vollstationärem Krankenhausaufenthalt
2.4 Krankenhaustagegeld	2.30	Familienvorsorgeversicherung
2.5 Todesfallleistung	2.31	Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen
2.6 Alltagshilfe	2.32	Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen
2.7 Reha-Management	2.33	Vorversicherungsgarantie
2.8 Kosten für kosmetische Operationen	2.34	Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
2.9 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze	3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	
2.10 Dekompressionskammer	3.1	Krankheiten und Gebrechen
2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzungen	3.2	Mitwirkung
2.12 Gipsgeld und Heilungshilfe	4. Welche Personen sind nicht versicherbar?	
2.13 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur oder Oberarmfraktur	5. Was ist nicht versichert?	
2.14 Sportgerätekasko	5.1	Ausgeschlossene Unfälle
2.15 Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Brille von Kindern	5.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
2.16 Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Zahnsperre von Kindern	6. Was müssen Sie bei einer Tarifänderung und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	
2.17 Übergangsleistung	6.1	Tarifänderung aufgrund der Einstufung in eine andere Altersklasse oder Tarifgruppe
2.18 Kur- und Rehabilitationsleistung	6.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
2.19 Medizinische Sporttherapie		

Der Leistungsfall

- 7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 7.1 Hinzuziehen eines Arztes
- 7.2 Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben
- 7.3 Untersuchungen durch beauftragte Ärzte zur Prüfung unserer Leistungspflicht
- 7.4 Auskünfte zur Prüfung unserer Leistungspflicht
- 7.5 Frist zur Meldung des Todesfalles
- 8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 9. Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades
- 9.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Die Vertragsdauer

- 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit
- 10.5 Vertragsbeendigung bei Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland
- 10.6 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung
- 11.7 Beitragsanpassung

Weitere Bestimmungen

- 12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 14.1 Gesetzliche Verjährung
- 14.2 Aussetzung der Verjährung
- 15. Welches Gericht ist zuständig?**
- 15.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns
- 15.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie
- 16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 16.1 Mitteilungen an uns
- 16.2 Änderungen Ihrer Anschrift
- 17. Welches Recht findet Anwendung?**
- 18. Sanktionsklausel**

Unternehmen:
BGV-Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
Unfallversicherung 2023

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 bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



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 insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
- ✓ Todesfalleistung
- ✓ Kostenersatz für unfallbedingte kosmetische Operationen (z. B. zur Behebung unfallbedingter Narben)
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

Dienstleistungen

- ✓ Reha-Management (umfassende Unterstützung während des Genesungsprozesses)
- ✓ Alltagshilfe bei Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall oder Krankheit (z. B. Menüservice, Wohnungsreinigung, Kinderbetreuung)

Die Leistungsarten (Geldleistungen und Dienstleistungen) und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall)
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung)
- ✗ Wir leisten für Schäden überdies bis zu den vereinbarten Versicherungssummen. Wenn Sie eine Selbstbeteiligung vereinbart haben, ist diese bei jedem Versicherungsfall zu berücksichtigen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle durch Alkoholkonsum beim Lenken eines Kfz über 1,1 ‰
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden (Ausnahme: durch einen Unfall gemäß Definition verursacht)
- ! Schwer oder schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der Pflegegrade 3 bis 5 der sozialen Pflegeversicherung

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen (Mitwirkung), kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.
- Todesfälle sind uns innerhalb von 8 Wochen zu melden.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten oder den einmaligen Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns 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 wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). Sie oder wir können auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben.

Informationen zu Ihrer Unfallversicherung gemäß § 1 VVG- Informationspflichtenverordnung

Der Versicherer stellt Ihnen folgende Informationen zur Verfügung:

1. **BGV-Versicherung AG**,
Durlacher Allee 56, 76131 Karlsruhe, Postanschrift: 76116 Karlsruhe,
Sitz: Karlsruhe,
Amtsgericht Mannheim, HRB 707212,
Aufsichtsratsvorsitzender: Michael Kessler,
Vorstand: Senator e.h. Prof. Edgar Bohn (Vors.),
Matthias Kreibich (stellv. Vors.), Jürgen Schmitz
2. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:
BGV-Versicherung AG
Durlacher Allee 56, 76131 Karlsruhe, Postanschrift: 76116 Karlsruhe
3. Die BGV-Versicherung AG betreibt als Hauptgeschäftstätigkeit die Sparten Schaden- und Unfallversicherung.
Aufsichtsbehörde für die oben genannte Gesellschaft:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn;
E-Mail: poststelle@bafin.de; Tel.: 0228 4108-0; Fax 0228 4108-1550.
4. Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB).
Diese Informationen finden Sie ab der Seite 11. Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallbedingungen AUB 2023.
Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung können dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten auf Seite 4 dieser Verbraucherinformationen entnommen werden.
5. Die Jahresbeiträge in der Unfallversicherung richten sich zunächst nach den gewünschten versicherbaren Leistungsarten (z. B. Invalidität, Todesfall, Unfall-Rente, Krankenhaustagegeld, etc.), nach der Höhe der gewünschten Versicherungssumme(n), nach etwaig vorhandenen, unterschiedlichen Deckungskonzepten sowie nach der gewünschten Vertragslaufzeit. Weiterhin richten sich die Jahresbeiträge nach der Tarifgruppe, nach dem Alter der zu versichernden Person(en), nach der ausgeübten Tätigkeit der zu versichernden Person(en) sowie nach der Anzahl der gleichzeitig über einen Vertrag versicherten Personen. Den Jahresbeitrag können Sie Ihrem individuellen Angebot oder später Ihrer Versicherungspolice entnehmen.
Der Mindestbeitrag je Vertrag beläuft sich auf 25 Euro zzgl. der gesetzlichen Versicherungssteuer.
Zusätzliche Kosten, Abgaben und Gebühren werden nicht erhoben. Anrufe können jedoch im Einzelfall kostenpflichtig sein. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Vertrag mit Ihrem Telekommunikationsanbieter.
6. Die Regelungen zur Zahlung des Beitrags entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB). Es besteht die Möglichkeit gegen Zahlung eines Ratenzuschlages den Jahresbeitrag statt jährlich, halb- oder vierteljährlich oder unter bestimmten Voraussetzungen auch monatlich zu zahlen.
7. Bitte entnehmen Sie die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises, unseren Angeboten und Anträgen.
8. Der Vertrag kommt durch die Übersendung des Versicherungsscheins zustande. Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsschein.
9. Die Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte dem Antrag sowie dem Versicherungsschein.
10. Eine Kündigung/Aufhebung des Vertrages kann z. B. erfolgen durch:
 - Ordentliche Vertragskündigung zum Ablauf,
 - Kündigung im Versicherungsfall,
 - Kündigung bei Beitragsanpassung,
 - Kündigung bei Gefahrerhöhung,
 - Sonderkündigungsrecht des Versicherungsnehmers bei Verträgen mit einer Laufzeit von mehr als drei Jahren.Die Kündigungsbedingungen, einschließlich evtl. Vertragsstrafen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB).
11. Auf diesen Vertrag ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar.
12. Die Vertragsabwicklung erfolgt in deutscher Sprache.
13. Die BGV-Versicherung AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V.. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.
Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin –
Tel.: 0800 3696000 – Fax 0800 3699000 –
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Die Möglichkeit für Sie den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.
14. Sie haben ebenfalls die Möglichkeit, sich bei der unter Nummer 3 genannten Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu beschweren.
15. Sonderfälle der Versicherbarkeit bei der BGV-Versicherung AG
Bei folgenden Sonderfällen hat der Antragsteller auf dem Antrag bei den Daten zum Antragsteller unter der Rubrik „Dienststelle/Arbeitgeber“ entsprechende Angaben zu machen:
 1. Erhält der Antragsteller als ehemaliger Beschäftigter im öffentlichen Dienst eine Pension, Rentenbezüge oder Ruhegehalt, so hat er diesen Umstand sowie seine ehemalige Dienststelle/Arbeitgeber einzutragen.
 2. Ist der Antragsteller versorgungsberechtigter Hinterbliebener eines ehemaligen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes, so hat er diesen Umstand sowie die ehemalige Dienststelle/Arbeitgeber des Verstorbenen einzutragen.
 3. Für den Fall, dass der Antragsteller mit einem Familienangehörigen, der im öffentlichen Dienst beschäftigt ist, in häuslicher Gemeinschaft lebt und von diesem unterhalten wird, da er selbst nicht erwerbsfähig ist, hat er diesen Umstand sowie die Dienststelle/Arbeitgeber des im öffentlichen Dienst Beschäftigten einzutragen.
 4. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer von seinem Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst sowie von der Verlegung seines Dienst- und Wohnsitzes nach außerhalb des Geschäftsgebietes zu unterrichten.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1: Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, 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: **BGV-Versicherung AG**, Durlacher Allee 56, 76131 Karlsruhe, Postanschrift: 76116 Karlsruhe oder an den im Versicherungsschein genannten Vermittler.

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: service@bgv.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 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag des Versicherungsschutzes. 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 ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
14. 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;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der BGV-Versicherung AG, Durlacher Allee 56, 76131 Karlsruhe, Postanschrift 76116 Karlsruhe, schriftlich nachzuholen.

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, 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 schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % 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 Vertrages 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.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Die BGV Unfallversicherung: Die wichtigsten Produktdetails

Unsere Tarife im Vergleich	Klassik	Exklusiv	Verweis
Allgemein			
Versicherungsschutz bei Unfällen, weltweit, rund um die Uhr	✓	✓	Ziffer 1.1 – 1.3
Keine Gesundheitsprüfung bei Erwachsenen	✓	✓	
Verbesserte Gliedertaxe	–	✓	
Vorerkrankungen: Leistungskürzungen ab einem Mitwirkungsanteil von	50%	50%	Ziffer 3.2
FÜR FAMILIEN: Vorsorgeschutz für Ehe-/Lebenspartner, Neugeborene und Adoptivkinder	✓	✓	Ziffer 2.30
Leistungsgarantie ggü. GDV-Musterbedingungen	✓	✓	Ziffer 2.31
Leistungs-Update-Garantie Automatisches Bedingungs-Update für Leistungsverbesserungen	–	✓	Ziffer 2.32
Vorversicherungsgarantie Keine Leistungsnachteile im Schadensfall ggü. der Vorversicherung	–	✓	Ziffer 2.33
Mitversichert sind Unfälle bzw. Gesundheitsschädigungen durch ...			
Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen	✓	✓	Ziffer 1.4.1 und 1.4.2
Oberschenkelhals- und Armbruch, unabhängig von der Ursache	–	✓	Ziffer 1.4.3
Einwirkung von Gasen und Dämpfen	bis 10 Stunden	bis 7 Tage	Ziffer 1.4.4
Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe	–	bis 7 Tage	Ziffer 1.4.5
Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund	bis zum 12. Lebensjahr	✓	Ziffer 1.4.6
Pflanzenvergiftungen (Berühren, Schlucken, Kauen, Ausspucken)	bis zum 12. Lebensjahr	✓	Ziffer 1.4.6
Nahrungsmittelvergiftungen	–	✓	Ziffer 1.4.6
FÜR FAMILIEN: Alkohol- und Drogenvergiftungen bis zum 12. Lebensjahr	✓	✓	Ziffer 1.4.6
Ertrinken und Ersticken	✓	✓	Ziffer 1.4.7
Tauchsport (tauchtypische Gesundheitsschäden)	✓	✓	Ziffer 1.4.8
Erfrierungen und Erfrierungstod	–	✓	Ziffer 1.4.9
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug	–	✓	Ziffer 1.4.10
Sonnenbrand und Sonnenstich	–	✓	Ziffer 1.4.11
Höhenkrankheit, z. B. Höhenlungenödem	–	✓	Ziffer 1.4.12
Explosions-, Schall- und sonstige Druckwellen, z. B. Knalltrauma	✓	✓	Ziffer 1.4.13
Strahleneinwirkungen, z. B. Laser- und Röntgenstrahlen	✓	✓	Ziffer 1.4.14
Bewusstseinsstörungen, z. B. durch - Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptischen Anfall - Zuckerschok (aufgrund von Diabetes) - Übermüdung, Einschlafen, Schlafwandeln - Einnahme von Medikamenten oder Alkohol (beim Führen von Kfz unter 1,1‰)	✓	✓	Ziffer 1.4.15
Heilmaßnahmen und Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls	✓	✓	Ziffer 1.4.16
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	–	✓	Ziffer 1.4.17
Zeckenbisse (Borreliose, FSME)	✓	✓	Ziffer 1.4.18
Hautverletzungen durch Tiere und Insekten, z. B. Bisse oder Stiche	–	✓	Ziffer 1.4.18
33 definierte Infektionskrankheiten, z. B. Scharlach, Malaria, Windpocken, Tollwut, Wundstarrkrampf	nur Tollwut + Wundstarrkrampf	✓	Ziffer 1.4.19

Unsere Tarife im Vergleich	Klassik	Exklusiv	Verweis
Wundinfektionen und Blutvergiftungen	-	✓	Ziffer 1.4.21
allergische Reaktionen	-	✓	Ziffer 1.4.22
Impfungen gegen versicherte Infektionen	-	✓	Ziffer 1.4.23
weitere berufstypische Infektionen, z. B. für ehrenamtlich Tätige, (Zahn-)Ärzte/innen, Krankenpfleger/innen	✓	✓	Ziffer 1.4.24
unfallbedingte psychische Erkrankungen	✓	✓	Ziffer 1.4.25
selbst durchgeführte Rettungsmaßnahmen	✓	✓	Ziffer 1.4.26
gewalttätige Auseinandersetzungen, Schlägereien, Terroranschläge	✓	✓	Ziffer 1.4.27
überraschende Kriegsausbrüche während einer Urlaubsreise	✓	✓	Ziffer 1.4.28
Mitfahrt in einem Luftfahrzeug, z. B. Heißluftballon, Fallschirmsprung	✓	✓	Ziffer 1.4.29
Flugschulunterricht, wenn noch keine Lizenz vorhanden ist	✓	✓	Ziffer 1.4.29
Kitesurfen	✓	✓	Ziffer 1.4.30
Absolvieren von Fahrsicherheitstrainings	✓	✓	Ziffer 1.4.31
genehmigte Motorsportveranstaltungen, z. B. Fahren von Karts	✓	✓	Ziffer 1.4.31
FÜR FAMILIEN: unerlaubtes Führen eines Fahrzeuges (bis 18 Jahre)	✓	✓	Ziffer 1.4.32
FÜR FAMILIEN: selbstgebaute Feuerwerkskörper (bis 18 Jahre)	✓	✓	Ziffer 1.4.33

Invaliditätsleistung

Eintrittsfrist für Invalidität	24 Monate	24 Monate	Ziffer 2.11.2
Feststellungsfrist für Invalidität durch einen Arzt	36 Monate	36 Monate	Ziffer 2.11.2
Anmeldefrist für Invalidität	36 Monate	36 Monate	Ziffer 2.11.3

Weitere Versicherungsleistungen / Diese Kosten werden übernommen

Reha-Management Umfassende Unterstützung während des Genesungsprozesses	✓	✓	Ziffer 2.7
Kosmetische Operationen inkl. Zahnbehandlung und Zahnersatz	bis 20.000 EUR nur Schneide-/Eckzähne	bis 100.000 EUR alle Zähne	Ziffer 2.8
Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze	bis 20.000 EUR	bis 100.000 EUR	Ziffer 2.9
Dekompressionskammer nach Tauchunfällen	-	bis 25.000 EUR	Ziffer 2.10
Sofortleistung bei schweren Verletzungen, z. B. Amputation	-	20.000 EUR	Ziffer 2.11
Gipsgeld und Heilungshilfe bei bestimmten Knochenbrüchen und Bänderrissen	-	✓	Ziffer 2.12
Sofortleistung bei Oberschenkelhals- und Oberarmbruch ab 55. Lebensjahr	-	8.000 EUR	Ziffer 2.13
Reparatur oder Ersatz eines bei einem Unfall beschädigten Sportgerätes z. B. Ski, Fahrrad oder Inlineskates inkl. Brille und Helm	-	bis 250 EUR	Ziffer 2.14
FÜR FAMILIEN: Reparatur oder Ersatz einer unfallbedingten Beschädigung der Brille (bis 18 Jahre)	-	bis 250 EUR	Ziffer 2.15
FÜR FAMILIEN: Reparatur einer unfallbedingten Beschädigung der Zahnspange (bis 18 Jahre)	-	bis 2.000 EUR	Ziffer 2.16
Übergangsleistung	-	✓	Ziffer 2.17
Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen	3.000 EUR	5.000 EUR	Ziffer 2.18
medizinische Sporttherapie	-	bis 1.000 EUR max. 6 Monate	Ziffer 2.19
behinderungsgerechter Umbau der Wohnung und/oder des Autos, Anschaffung von Prothesen oder Blindenhunden	-	bis 25.000 EUR	Ziffer 2.20

Unsere Tarife im Vergleich

	Klassik	Exklusiv	Verweis
Umschulungsmaßnahmen, die durch unfallbedingte körperliche Einschränkungen notwendig sind	–	bis 10.000 EUR	Ziffer 2.21
Helmbonus bei Tragen eines der Sportart angemessenen Helmes	–	Erhöhung Invalidität 10%	Ziffer 2.22
Erhöhte Leistung bei Unfall mit einem beim BGV versicherten Kraftfahrzeug	–	Erhöhung Invalidität 10%	Ziffer 2.23
FÜR FAMILIEN: Vollwaisenrente für Kinder bis 18 Jahre	–	bis 8.000 EUR pro Jahr/Kind	Ziffer 2.25
FÜR FAMILIEN: Rooming-in-Leistung je Übernachtung eines Elternteils im Krankenhaus	15 EUR bis 1.000 EUR	50 EUR bis 5.000 EUR	Ziffer 2.26
FÜR FAMILIEN: Schulausfallgeld	–	bis 50 EUR pro Schultag max. 100 Tage	Ziffer 2.27
FÜR FAMILIEN: Psychologische Hilfe für Kinder infolge von Unfall, Gewaltakt oder Mobbing bis 1.000 EUR	✓	✓	Ziffer 2.28

Unfallrente (optional vereinbar)

lebenslange, monatliche Rentenzahlung ab einer Invalidität von 50% in Höhe der vereinbarten Summe	✓	✓	Ziffer 2.2.1 bis 2.2.3
FÜR FAMILIEN: Kinderrente bei Invalidität auch durch Krankheit ab einem Behinderungsgrad von 50 (GdB)	–	✓	Ziffer 2.2.4

Krankenhaustagegeld (optional vereinbar)

Zeitraum für die Zahlung des Krankenhaustagegelds (stationär)	max. 2 Jahre	max. 5 Jahre	Ziffer 2.4.2
Zeitraum für die Zahlung des Krankenhaustagegelds (ambulant)	3 Tage	7 Tage	Ziffer 2.4.2
Doppeltes Krankenhaustagegeld bei Unfällen im Ausland	max. 50 EUR/Tag max. 3 Wochen	max. 60 Tage	Ziffer 2.4.3
FÜR FAMILIEN: Zusätzliche Krankenhauspauschale bei Kindern für max. 30 Tage	15 EUR/Tag	30 EUR/Tag	Ziffer 2.4.4
Genesungsgeld nach Krankenhausaufenthalt	–	✓	Ziffer 2.4.5
Leistung bei (künstlichem) Koma in Folge eines Unfalls für max. 1 Jahr	–	30 EUR/Tag	Ziffer 2.4.6
Pflegertagegeld ab Pflegegrad 2 für max. 3 Jahre	–	30 EUR/Tag	Ziffer 2.4.7

Todesfallleistung (optional vereinbar)

Zahlung der vereinbarten Summe bei Eintritt des Todes	innerhalb eines Jahres nach Unfall	innerhalb von zwei Jahren nach Unfall	Ziffer 2.5.1
Leistung bei Verschollenheit	✓	✓	Ziffer 2.5.3
FÜR FAMILIEN: Doppelte Leistung bei Tod beider Eltern (bis 18 Jahre)	✓	✓	Ziffer 2.5.4
Doppelte Leistung bei Fahrradunfällen und bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	✓	✓	Ziffer 2.5.5

Alltagshilfe (optional vereinbar)

Assistance-Leistungen in Kooperation mit Malteser bei Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall oder Krankheit, z. B. Vermittlung und Kostenübernahme von - Haushalts- und Pflegeleistungen, z. B. Menüservice, Einkäufe, Wohnungsreinigung, Pflegeberatung, Kinderbetreuung - Fahrdiensten, z. B. zu Ärzten oder Therapien - Hilfe im Ausland, z. B. Notruf- und Servicezentrale, Kostenübernahme für die Beschaffung von Arznei-/Hilfsmitteln	bis 20.000 EUR	bis 20.000 EUR	Ziffer 2.6
---	----------------	----------------	------------

Die Produktinhalte sind hier nur im Überblick und stark verkürzt wiedergegeben. Maßgebend ist ausschließlich der Wortlaut der dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und/oder andere Personen sein.

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 Erweiterter Unfallbegriff

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.

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leistenbruch) zuzieht.

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schrankes einen Leistenbruch zu.

- einen Knochen bricht.

- einen Meniskusschaden zuzieht.

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 im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 Eigenbewegungen

Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen infolge von Eigenbewegungen. Ausgeschlossen sind Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe.

1.4.3 Oberschenkelhalsfraktur oder Armfraktur

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person durch eine Eigenbewegung – unabhängig von einem Unfallereignis – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur erleidet.

1.4.4 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 10 Stunden ausgesetzt war.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** wird der Zeitraum aus Satz 1 dieser Ziffer auf bis zu 7 Tage erweitert.

Berufskrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.5 Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** sind Vergiftungen durch Einatmung von sonstigen schädlichen Stoffen mitversichert, sofern die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen unfreiwillig ausgesetzt war.

Berufskrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.6 Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Mitversichert sind Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person – unabhängig vom Alter – aufgrund von

- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre),

- Nahrungsmittelvergiftungen,

- Pflanzenvergiftungen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Medikamente, Drogen sowie Rausch- und Genussmittel (z. B. Alkohol und Tabak). Dies gilt jedoch nicht, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.4.7 Ertrinken und Ersticken

Als Unfall gilt auch der unfreiwillige Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod.

1.4.8 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Mitversichert sind tauchtypische Krankheiten, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.4.9 Erfrierungen und Erfrierungstod

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gelten als Unfall auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen und der Tod aufgrund von Erfrieren.

1.4.10 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt als Unfall auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.11 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt als Unfall auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.12 Höhenkrankheit

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder ein Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) als mitversichert.

1.4.13 Druckwellen und sonstige Einwirkungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Explosions-, Schall- oder sonst. Druckwellen (z. B. Knalltrauma),

- mechanischer (z. B. Sturz), chemischer (z. B. Verätzung) oder elektrischer (z. B. Stromschlag) Einwirkung,

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.14 Strahlenschäden

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind mitversichert. Hierzu zählen auch Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, sofern diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst wurden, und für diesen Unfall Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Berufskrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.15 Bewusstseinsstörungen

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

Mitversichert sind Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen durch

- ein Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,

- einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall. Ausgeschlossen bleiben die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles oder eines anderen Krampfanfalles sind.
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind,
- einen Zuckerschok (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln, Sekundenschlaf und Erschrecken,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum. Beim Führen von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.
- eine ungewollte Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure). Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

1.4.16 Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Versicherungsschutz besteht für Heilmaßnahmen oder Eingriffe (auch strahlendiagnostische und -therapeutische), die durch einen über diesen Vertrag versicherten Unfall veranlasst waren.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

1.4.17 Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gelten Gesundheitsschäden, die durch das eigene Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut entstehen, als mitversichert.

1.4.18 Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen

Versicherungsschutz besteht für folgende Infektionskrankheiten, die durch einen Zeckenbiss verursacht wurden:

- Borreliose
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** besteht abweichend vom ersten Absatz dieser Ziffer Versicherungsschutz für Infektionen, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Meningitis).

Der Versicherungsschutz besteht, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit entfällt, wenn sich die Infektion nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit ereignete.

Auf die Obliegenheiten gemäß Ziffer 7.1 wird besonders hingewiesen.

1.4.19 Infektionskrankheiten

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Infektionen mit

- Tollwut und Wundstarrkrampf.
- anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt erweiternd – unabhängig vom Übertragungsweg – der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten als versichert:

- Borreliose
- Brucellose
- Cholera
- Diphtherie
- Dreitagefieber
- Enzephalitis
- Echinokokkose
- epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis
- Fleckfieber
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Gelbfieber
- Herpes zoster
- Lepra
- Malaria
- Masern
- Meningokokken
- Mumps
- Paratyphus
- Pertussis (Keuchhusten)
- Pest
- Pfeiffersches Drüsenfieber

- Pneumokokken
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlafkrankheit
- Tsetsekrankheit
- Tuberkulose
- Tularämie
- Typhus
- Windpocken

Der Versicherungsschutz besteht, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit ereignete.

1.4.20 Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Versicherungsschutz besteht für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe gemäß Ziffer 1.4.16 entstanden sind.

1.4.21 Wundinfektionen und Blutvergiftungen

Als Folge eines Unfalls sind bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** zudem mitversichert:

- Blutvergiftungen und Wundinfektionen,
- sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

1.4.22 Allergische Reaktionen

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gelten als Unfall auch allergische Reaktionen

- auf Insektenstiche oder -bisse oder
 - infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen,
- sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

1.4.23 Schutzimpfungen

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gelten als Unfall auch Schutzimpfungen gegen die gemäß Ziffer 1.4.18 und Ziffer 1.4.19 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden (Impfschaden) erleidet. Voraussetzung ist, dass diese Impfungen gesetzlich vorgeschrieben oder von der Ständigen Impfkommision am staatlichen Robert-Koch-Institut empfohlen sind.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung, die von behördlich anerkannten Instituten (z. B. Paul-Ehrlich-Institut) bestätigt ist.

1.4.24 Infektionen für bestimmte Berufsgruppen

1.4.24.1 Die nachfolgenden Leistungen gelten automatisch für folgende ehrenamtlich Tätige und folgende Berufsgruppen sowie deren Auszubildende:

- (Zahn-)Ärzte/Ärztinnen, Zahntechniker/innen, Heilpraktiker/innen, Hebammen und Entbindungspfleger/innen
- Studierende der Medizin und der Zahnheilkunde
- Krankenpflegepersonal ((Kinder-)Krankenschwestern/Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer/innen)
- Tierärzte/Tierärztinnen, Studierende der Tierheilkunde, Mitarbeitende im Polizei- und Justizvollzugsdienst und Justizwachtmeister/innen
- Angehörige der freiwilligen Feuerwehren
- ehrenamtlich Tätige bei sonstigen gemeinnützigen Hilfsorganisationen, die die Förderung der Rettung aus Lebensgefahr, des Feuer-, Arbeits-, Katastrophen- und Zivilschutzes sowie der Unfallverhütung zum Zwecke haben

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

Aus

- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose und abweichend von Ziffer 1.4.19 auch bei Erkrankung an AIDS.

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren 3 Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.
- 1.4.24.2 Die nachfolgenden Leistungen gelten automatisch für Chemiker/innen und Desinfektoren/Desinfektorinnen

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

Aus

 - der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

Die Krankheitserreger sind entweder

 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen oder Berufskrankheiten sind.

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

 - innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren 3 Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.
- 1.4.25 **Psychische Erkrankung durch Unfall**

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, sofern und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
- 1.4.26 **Rettungsmaßnahmen**

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei (rechtmäßiger Verteidigung oder) der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.
- 1.4.27 **Gewalttätige Auseinandersetzungen, innere Unruhen, Raufhändel und Schlägereien**

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch

 - gewalttätige Auseinandersetzungen,
 - innere Unruhen,
 - Raufhändel,
 - Schlägereien,

sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter (also in Ausübung einer Straftat gemäß Ziffer 5.1.2) daran teilgenommen hat oder der Urheber war. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit an Raufhändeln oder Schlägereien beteiligt gewesen ist.
- 1.4.28 **Passives Kriegsrisiko**

Mitversichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen getroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 22. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

Dies gilt jedoch nicht

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

In diesen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Weiterhin mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.
- 1.4.29 **Luftfahrtunfälle**

Wir gewähren Versicherungsschutz

 - für Passagiere in einem Luftfahrzeug (Flugzeug),
 - für Fluggäste in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
 - für Flugschüler in der Ausbildung, weil dafür (noch) keine Lizenz zum Fliegen erforderlich ist.
- 1.4.30 **Kitesurfen**

Mitversichert sind Unfälle beim Ausüben von Kite-Sportarten wie Kitesurfen, Snowkiten oder Landkiten (Drachensegeln, bei dem die versicherte Person von einem Drachen über Wasser oder Land gezogen wird).

1.4.31 **Fahrveranstaltungen**

Unfälle bei der Beteiligung an Motorsportveranstaltungen sind mitversichert, wenn es sich um genehmigte Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen handelt, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

Beispiel: Das Fahren mit Leihkarts auf einer Kartanlage.

Weiterhin besteht Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen u. a. Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten.

1.4.32 **Unerlaubtes Fahren von Fahrzeugen**

Ist die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) oder entmündigt bzw. in gesetzlicher Betreuung, besteht Versicherungsschutz für Unfälle

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein oder
- beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeuges (§ 248b StGB).

Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

1.4.33 **Selbstgebaute Feuerwerkskörper**

Ist die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) oder entmündigt bzw. in gesetzlicher Betreuung, besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch die Herstellung oder den Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper.

Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

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 3), zu den nicht versicherbaren Personen (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

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 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

- 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 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. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

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 Todesfallleistung (Ziffer 2.5), 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 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.			
2.1.2.2	Integralfranchise			
	Sofern eine Integralfranchise auf Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen gesondert vereinbart ist, gilt:			
	Bei einem versicherten Unfallereignis, welches zu einer Invaliditätsleistung führt, erfolgt kein Anspruch auf diese Invaliditätsleistung, wenn der bemessene Invaliditätsgrad 25 Prozent oder weniger beträgt.			
	Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 Prozent, so besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.			
2.1.2.3	Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung			
	Der Invaliditätsgrad richtet sich			
	- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.4) oder bei Vereinbarung der Produktlinie Exklusiv nach der verbesserten Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.5), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,			
	- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.6).			
	Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).			
2.1.2.4	Gliedertaxe (Standard)			
	Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.			
	- Arm	70 %		
	- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %		
	- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %		
	- Hand	60 %		
	- Daumen	25 %		
	- Zeigefinger	15 %		
	- anderer Finger	10 %		
	- sämtliche Finger einer Hand	60 %		
	- Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %		
	- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %		
	- Bein bis unterhalb des Knies	55 %		
	- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %		
	- Fuß	45 %		
	- große Zehe	8 %		
	- andere Zehe	3 %		
	- Auge	50 %		
	- Gehör auf einem Ohr	35 %		
	- Geruchssinn	10 %		
	- Geschmackssinn	5 %		
	- Stimme	100 %		
	- Niere	25 %		
	- beide Nieren	100 %		
	- Milz	10 %		
	- Gallenblase	15 %		
	- Magen	25 %		
	- Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm	30 %		
	- Lungenflügel	50 %		
	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.			
	Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das 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).			
2.1.2.5	Verbesserte Gliedertaxe			
	Abweichend von Ziffer 2.1.2.4 gilt bei Vereinbarung der Produktlinie Exklusiv die verbesserte Gliedertaxe.			
	Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.			
	- Arm	100 %		
	- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %		
	- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %		
	- Hand	100 %		
	- Daumen	45 %		
	- Zeigefinger	30 %		
	- anderer Finger	20 %		
	- sämtliche Finger einer Hand	100 %		
	- Bein über der Mitte des Oberschenkels	100 %		
	- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %		
	- Bein bis unterhalb des Knies	100 %		
	- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %		
	- Fuß	70 %		
	- große Zehe	20 %		
	- andere Zehe	10 %		
	- Auge	80 %		
	- sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %		
	- Gehör auf einem Ohr	50 %		
	- sofern das andere Ohr vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	70 %		
	- Geruchssinn	25 %		
	- Geschmackssinn	25 %		
	- Stimme	100 %		
	- Niere	25 %		
	- beide Nieren	100 %		
	- sofern eine Niere vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %		
	- Milz	10 %		
	- Gallenblase	15 %		
	- Magen	25 %		
	- Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	30 %		
	- Lungenflügel	50 %		
	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.			
	Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 Prozent (= ein Zehntel von 100 Prozent).			
	Für die genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel) haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der verbesserten Gliedertaxe oder gemäß Ziffer 2.1.2.6 erfolgen soll.			
2.1.2.6	Bemessung außerhalb der Gliedertaxe			
	Für andere Körperteile oder Sinnesorgane 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.			
2.1.2.7	Minderung bei Vorinvalidität			
	Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach der vereinbarten Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.4 oder verbesserte Gliedertaxe Ziffer 2.1.2.5) und Ziffer 2.1.2.6 bemessen.			
	Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.			
	Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt 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.			
2.1.2.8	Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane			
	Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane 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 (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.			
2.1.2.9	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 gemäß Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.			
	Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.			
2.1.2.10	Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung ab einem Invaliditätsgrad von 90 Prozent (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)			
	Die Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung ab einem Invaliditätsgrad von 90 Prozent gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.			

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung inklusive Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent führt.

2.1.2.11 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Die progressive Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent der Grundversicherungssumme gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

1. Der zwischen 25 Prozent und 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 2-fach entschädigt.
2. Der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 3-fach entschädigt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

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

3. Bei Unfällen gemäß Ziffer 1, innerhalb öffentlicher Verkehrsmittel zur Personenbeförderung (ÖPNV) erhöht sich die in der vorgenannten Tabelle ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 5 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 84 Prozent anstatt 80 Prozent). Abweichend erhöht sich bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 88 Prozent anstatt 80 Prozent). Ein höherer Wert als 225 Prozent kann jedoch nicht erreicht werden. Als Nachweis gilt hier eine Bestätigung über den Unfall vom zuständigen Netz-Betreiber.

2.1.2.12 Progressive Invaliditätsstaffel bis 250 Prozent der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Die progressive Invaliditätsstaffel bis 250 Prozent der Grundversicherungssumme gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 250 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

1. Der über 25 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 3-fach entschädigt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	142	83	199
27	31	46	88	65	145	84	202
28	34	47	91	66	148	85	205
29	37	48	94	67	151	86	208
30	40	49	97	68	154	87	211
31	43	50	100	69	157	88	214

32	46	51	103	70	160	89	217
33	49	52	106	71	163	90	220
34	52	53	109	72	166	91	223
35	55	54	112	73	169	92	226
36	58	55	115	74	172	93	229
37	61	56	118	75	175	94	232
38	64	57	121	76	178	95	235
39	67	58	124	77	181	96	238
40	70	59	127	78	184	97	241
41	73	60	130	79	187	98	244
42	76	61	133	80	190	99	247
43	79	62	136	81	193	100	250
44	82	63	139	82	196		

2. Bei Unfällen gemäß Ziffer 1, innerhalb öffentlicher Verkehrsmittel zur Personenbeförderung (ÖPNV) erhöht sich die in der vorgenannten Tabelle ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 5 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 84 Prozent anstatt 80 Prozent). Abweichend erhöht sich bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 88 Prozent anstatt 80 Prozent). Ein höherer Wert als 250 Prozent kann jedoch nicht erreicht werden. Als Nachweis gilt hier eine Bestätigung über den Unfall vom zuständigen Netz-Betreiber.

2.1.2.13 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Die progressive Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent der Grundversicherungssumme gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

1. Der zwischen 25 Prozent und 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 3-fach entschädigt.
2. Der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 5-fach entschädigt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

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

3. Bei Unfällen gemäß Ziffer 1, innerhalb öffentlicher Verkehrsmittel zur Personenbeförderung (ÖPNV) erhöht sich die in der vorgenannten Tabelle ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 5 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 84 Prozent anstatt 80 Prozent). Abweichend erhöht sich bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 88 Prozent anstatt 80 Prozent). Ein höherer Wert als 350 Prozent kann jedoch nicht erreicht werden. Als Nachweis gilt hier eine Bestätigung über den Unfall vom zuständigen Netz-Betreiber.

2.1.2.14 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Die progressive Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent der Grundversicherungssumme gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

1. Der zwischen 25 Prozent und 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 3-fach entschädigt.
2. Der zwischen 50 Prozent und 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 6-fach entschädigt.
3. Der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 10-fach entschädigt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		

4. Bei Unfällen gemäß Ziffer 1, innerhalb öffentlicher Verkehrsmittel zur Personenbeförderung (ÖPNV) erhöht sich die in der vorgenannten Tabelle ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 5 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 84 Prozent anstatt 80 Prozent). Abweichend erhöht sich bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 88 Prozent anstatt 80 Prozent). Ein höherer Wert als 500 Prozent kann jedoch nicht erreicht werden. Als Nachweis gilt hier eine Bestätigung über den Unfall vom zuständigen Netz-Betreiber.

2.1.2.15 Progressive Invaliditätsstaffel bis 1.000 Prozent der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3)

Die progressive Invaliditätsstaffel bis 1.000 Prozent der Grundversicherungssumme gilt nur, sofern diese besonders vereinbart wurde.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1.000 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird gemäß Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

1. Der zwischen 25 Prozent und 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 3-fach entschädigt.
2. Der zwischen 50 Prozent und 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 14-fach entschädigt.
3. Der über 75 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird 22-fach entschädigt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	296	83	626
27	31	46	88	65	310	84	648
28	34	47	91	66	324	85	670
29	37	48	94	67	338	86	692
30	40	49	97	68	352	87	714
31	43	50	100	69	366	88	736
32	46	51	114	70	380	89	758

33	49	52	128	71	394	90	780
34	52	53	142	72	408	91	802
35	55	54	156	73	422	92	824
36	58	55	170	74	436	93	846
37	61	56	184	75	450	94	868
38	64	57	198	76	472	95	890
39	67	58	212	77	494	96	912
40	70	59	226	78	516	97	934
41	73	60	240	79	538	98	956
42	76	61	254	80	560	99	978
43	79	62	268	81	582	100	1000
44	82	63	282	82	604		

4. Bei Unfällen gemäß Ziffer 1, innerhalb öffentlicher Verkehrsmittel zur Personenbeförderung (ÖPNV) erhöht sich die in der vorgenannten Tabelle ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 5 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 84 Prozent anstatt 80 Prozent). Abweichend erhöht sich bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ermittelte progressive Invaliditätsleistung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 88 Prozent anstatt 80 Prozent). Ein höherer Wert als 1000 Prozent kann jedoch nicht erreicht werden. Als Nachweis gilt hier eine Bestätigung über den Unfall vom zuständigen Netz-Betreiber.

2.2 Unfallrente

(Sofern auf dem Versicherungsschein gesondert vereinbart)

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, 2.1.2.3 bis 2.1.2.4 und 2.1.2.6 bis 2.1.2.8 sowie Ziffer 3.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.9.

Für diese Leistungsart gilt die Gliedertaxe (Standard) gemäß Ziffer 2.1.2.4. Die verbesserte Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.5 bleibt für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

Wir sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

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

2.2.4 Kinderrente bei Krankheit

2.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Kinderrente bei Krankheit ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv** und gilt als vereinbart wenn,

1. die versicherte Person bei Vertragsschluss das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
2. eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.2 abgeschlossen wurde.

Die Leistungsart Kinderrente bei Krankheit endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Hauptvertrag endet oder die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

2.2.4.2 Was ist durch diese Leistungsart versichert? (Versicherungsfall)

Versicherungsschutz besteht für die während der Wirksamkeit dieser Leistungsart durch Krankheit unfreiwillig eingetretene Invalidität. In dieser Leistungsart gilt als Invalidität, wenn durch eine unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung

- die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit des versicherten Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Alter typischen Zustand abweicht, und
- dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist, und

- nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt.

Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt.

Die Ziffer 3 gilt für diese Leistungsart entsprechend auch bei Krankheiten, die bei Vertragsabschluss dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bekannt sind.

2.2.4.3 Welche Voraussetzungen gelten für den Anspruch auf Leistung?

Sie müssen die Invalidität durch Vorlage des Bescheids des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung nachweisen und geltend machen sowie die Obliegenheiten gemäß Ziffer 2.2.4.7 erfüllen.

Wird eine Krankheit, die Invalidität zur Folge hat, während der Dauer des Vertrages ärztlich festgestellt, kann ein Anspruch auf Leistung auch noch dann entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung des Vertrages eingetreten ist. Dies gilt auch für einen während der Dauer des Vertrages eingetretenen Unfall.

2.2.4.4 Was gilt für Art, Höhe und Dauer der Leistungen?

1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als monatliche Rente in der vereinbarten Höhe gemäß Ziffer 2.2.2.
2. Die Rente zahlen wir ab dem Ersten des Monats, der auf den Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt folgt. Die Rente wird gezahlt für die Zeit, in der die Invalidität durch einen gültigen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen wird. Die Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, an dem die versicherte Person stirbt.
3. Die Rentenzahlung ruht, wenn der Fortbestand der Invalidität nicht mehr nachgewiesen wird. Während der Laufzeit des Vertrages setzen wir die Rentenzahlung fort, wenn Sie uns eine Invalidität erneut nachweisen; Ziffer 2.2.4.4 2. gilt entsprechend. Nach Ende des Vertrages ist die Fortsetzung der Rentenzahlung von dem Nachweis abhängig, dass ausschließlich die früheren Beeinträchtigungen wieder zur Invalidität mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 führten. Der Anspruch auf Fortsetzung erlischt, wenn seit dem Zeitpunkt der Unterbrechung mehr als 10 Jahre vergangen sind.
4. Wir sind berechtigt, jeweils nach Ablauf von 2 Jahren nach der letzten Geltendmachung den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen. Wir sind auch berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich zurück, ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.

2.2.4.5 Welchen Einfluss haben Versicherungsunfähigkeit und Ausschlüsse auf den Vertrag?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Invalidität gemäß Ziffer 2.2.4.2 bestand oder bei denen vor Vertragsbeginn ein Pflegegrad bestanden hat oder beantragt wurde.

Dies gilt unabhängig davon, ob und wann ein Antrag auf Feststellung der Behinderung bei der zuständigen staatlichen Stelle (Versorgungsamt) gestellt wurde.

Wird eine vor Vertragsbeginn bestehende Invalidität gemäß Ziffer 2.2.4.2 erst während der Wirksamkeit des Vertrages durch Bescheid festgestellt, erlischt die Leistung gemäß Ziffer 2.2.4 rückwirkend ab Beginn.

Dies gilt entsprechend, wenn wir gemäß Ziffer 2.2.4.6 keine Leistung erbringen.

Sind wir gemäß Ziffer 2.2.4.6 von der Leistung frei, erlischt die Leistungsart gemäß Ziffer 2.2.4 rückwirkend, mit dem Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt.

2.2.4.6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für Invalidität, die ganz oder überwiegend (d. h. zu mehr als 50 Prozent) eingetreten ist aufgrund

- von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist.
- von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen, sofern diese auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist.
- einer von der versicherten Person vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat;
- einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt haben.

Der Versicherungsschutz gilt auch dann als ausgeschlossen, wenn ärztliche Befunde vor Versicherungsbeginn erhoben wurden, auf denen eine Diagnose basiert, die nach Vertragsbeginn eine Leistung gemäß Ziffer 2.2.4 zur Folge hätte.

2.2.4.7 Was müssen Sie im Leistungsfall beachten? (Obliegenheiten)

Ohne Ihre Mitwirkung können wir die vereinbarte Versicherungsleistung nicht erbringen.

Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität gemäß Ziffer 2.2.4.2 führen können, müssen Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen.

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises müssen Sie uns möglichst bald anzeigen.

Das von uns daraufhin übermittelte Formblatt müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an uns zurücksenden. Die von uns darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte müssen Sie uns in gleicher Weise erteilen.

Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, insbesondere das Versorgungsamt, das den Bescheid über die Schwerbehinderung erlassen hat, sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Dazu kann die versicherte Person oder – vor deren Vollendung des 16. Lebensjahres – deren gesetzlicher Vertreter die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person oder der gesetzliche Vertreter die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

Wird der Grad der Behinderung vom Versorgungsamt um einen Grad weniger als 50 herabgesetzt, müssen Sie uns das innerhalb eines Monats mitteilen.

Stirbt die versicherte Person während der Rentenzahlung, müssen Sie uns den Tod innerhalb von 3 Monaten mitteilen.

2.2.4.8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Für die Kinderrente bei Krankheit verweisen wir ausdrücklich auf die Obliegenheiten gemäß Ziffer 2.2.4.7, 7.3 und 7.4 hin.

Wird eine gemäß Ziffer 2.2.4.7, 7.3 und 7.4 von Ihnen zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren 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.

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

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

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

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

2.2.4.9 Wann ist unsere Leistung fällig?

Sobald uns die Unterlagen und Ermächtigungen zugegangen sind, die Sie gemäß Ziffer 2.2.4.3 bis 2.2.4.7 beibringen müssen, sind wir verpflichtet, innerhalb einer Frist von 3 Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

Die Frist beginnt, sobald uns folgende Unterlagen vorliegen:

- Bescheid über den Grad der Behinderung und
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und/oder
- Nachweis des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsfolgen (z. B. Antrag auf Schwerbehinderung, ärztliche Zeugnisse, U-Hefte).

Erkennen wir den Anspruch an, beginnt die Rentenzahlung gemäß Ziffer 2.2.4.4. Ein Anspruch auf Zahlung von Vorschüssen besteht nicht.

2.3 Tagegeld

(Sofern auf dem Versicherungsschein gesondert vereinbart)

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

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

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich nach

- der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, sofern sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.4 Krankenhaustagegeld

(Sofern auf dem Versicherungsschein gesondert vereinbart)

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

oder

- ist unmittelbar nach einem unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt in einer erforderlichen vollstationären Anschlussheilbehandlung.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation. Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder das Institut das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten ist.

Folgende Erweiterung gilt bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv**:

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird auch geleistet bei einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt, in einem Erholungsheim oder in einem gemischten Institut.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 7 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Das Krankenhaustagegeld wird bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials), wobei jedoch die Gesamtleistungsdauer auf 3.000 Tage begrenzt ist.

2.4.3 Doppeltes Krankenhaustagegeld bei Unfall im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld zusätzlich für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 3 Wochen. Die sich daraus ergebende Mehrleistung ist begrenzt auf 50 Euro pro Tag.

Abweichend wird bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** der doppelte Krankenhaustagegeldsatz bis zu 60 Tage geleistet. Die sich daraus ergebende Mehrleistung pro Tag ist nicht begrenzt.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat

2.4.4 Zusätzliche Krankenhauspauschale bei Kindern

Sofern die Voraussetzungen aus Ziffer 2.4.1 vorliegen und die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) ist, ergänzen wir das Krankenhaustagegeld um 15 Euro für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für 30 Tage, vom Unfalltag an gerechnet.

Abweichend ergänzen wir bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** das Krankenhaustagegeld um 30 Euro für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für 30 Tage, vom Unfalltag an gerechnet.

Diese Ergänzung des Krankenhaustagegeldes wird ausschließlich bei vollstationären Krankenhausaufenthalten bezahlt, nicht bei ambulanten Krankenhausaufenthalten oder vollstationären Anschlussheilbehandlungen.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.4.5 Genesungsgeld

Die Leistungsart Genesungsgeld ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 2.4.1. Dann zahlen wir das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens jedoch für 5 Jahre.

Der Anspruch auf das Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person im Krankenhaus an den Unfallfolgen verstirbt.

Haben wir für eine ambulante Operation nach den Ziffern 2.4.1 und 2.4.2 das Krankenhaustagegeld geleistet, zahlen wir ebenfalls das Genesungsgeld für 7 Tage.

2.4.6 Komageld

Die Leistungsart Komageld ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Wir zahlen ein Komageld in Höhe von 30 Euro pro Tag, wenn die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalls in ein Koma fällt oder in ein künstliches Koma versetzt wird. Die Zahlung erfolgt solange sich die versicherte Person in diesem Zustand befindet, längstens jedoch für 365 Tage.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.4.7 Pfl egetagegeld

Die Leistungsart Pfl egetagegeld ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Wir zahlen infolge eines versicherten Unfalls bis maximal 3 Jahre vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Tag, an dem die versicherte Person unfallbedingt pflegebedürftig ab Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.5 Todesfalleistung

(Sofern auf dem Versicherungsschein gesondert vereinbart)

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** wird die vereinbarte Todesfallsumme auch geleistet, wenn

- die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall stirbt und keine Invalidität eingetreten war.
- ein Unfall aufgrund von Bewusstseinsstörungen vorliegt. Die Ausschlussbestimmungen gemäß Ziffer 5.1.1 werden nicht angewandt.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln gemäß Ziffer 7.5.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.3 Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Die Leistung ist begrenzt auf die vereinbarte Todesfallsumme. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.5.4 Doppelte Todesfalleistung bei Vollwaisen

Sterben infolge desselben Unfalls beide in diesem Vertrag versicherten Elternteile und mindestens eines ihrer erb- oder bezugsberechtigten Kinder hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, verdoppelt sich die Todesfalleistung beider Elternteile.

2.5.5 Doppelte Todesfalleistung bei Fahrradunfällen und bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Wir zahlen die Todesfalleistung in doppelter Höhe, wenn die versicherte Person durch

- einen Fahrradunfall oder
- während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt worden ist.

2.6 Alltagshilfe

(Sofern auf dem Versicherungsschein gesondert vereinbart)

Wir bieten auf Wunsch, zusammen mit den Maltesern (inkl. deren Netzwerkpartnern) Alltagshilfe Leistungen in Form von Haushalts- und Pflegeleistungen, Therapien sowie Fahrdienste für versicherte Personen an, wenn diese aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit mit Krankenhausaufenthalt hilfsbedürftig sind und bei der Erledigung der Aufgaben des täglichen Lebens Unterstützung benötigen. Die Alltagshilfe Leistungen erhalten Sie nur in Kombination mit einer Unfallversicherung, wenn sie vereinbart worden sind. Eine Kostenübernahme kann nur stattfinden, sofern keine Krankenkasse, Krankenversicherung oder andere Institution leistungspflichtig ist. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.



Wir bieten Ihnen über die Servicezentrale der Malteser Hilfsdienst gGmbH einen erweiterten Kundendienst und sind somit an allen Wochentagen 24 Stunden über die Service-Telefonnummer 0721/660-3366 erreichbar.

2.6.1 Geltungsbereich

Die Leistungen der Alltagshilfe werden grundsätzlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Kommt es im Ausland zu einem Unfall, erbringen wir die Leistungen gemäß Ziffer 2.6.3.4.

2.6.2 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1 oder eine Krankheit erlitten, die zu einem medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt führt. Die versicherte Person ist nach dem Unfall oder nach der Beendigung der vollstationären Heilbehandlung in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass für die Haushaltsführung Hilfe unerlässlich ist. Die versicherte Person hat daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens einen Bedarf an Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

In Abänderung zu Ziffer 3.2 schränken wir die Leistungen nicht ein, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben.

2.6.2.1 Kinderbetreuung bei Tod

Auch bei Tod der versicherten Person oder der beaufsichtigenden Person des versicherten Kindes unterstützen wir Sie mit der Kinderbetreuung von minderjährigen Kindern gemäß Ziffer 2.6.3.1, die im gleichen Haushalt leben, sofern die Betreuung nicht anderweitig gewährleistet werden kann.

2.6.2.2 Assistance nach Geburt

Wir gewähren auch spezielle Assistance-Leistungen bei Geburt eines Kindes gemäß Ziffer 2.6.3.1, sofern die gebärende, versicherte Person hilfsbedürftig ist und damit nicht in der Lage ist den Haushalt zu versorgen.

2.6.2.3 Vermittlungsleistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Sollte die versicherte Person nach einem Unfall gemäß Ziffer 1 oder einer Krankheit nicht hilfsbedürftig, aber nachweislich arbeitsunfähig sein, kann sie ausschließlich Vermittlungsleistungen gemäß Ziffer 2.6.3.5 in Anspruch nehmen.

2.6.3 Art der Leistung

Die genannten Leistungen der Alltagshilfe werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleistern erbracht. Eine Geldauszahlung als Pauschaleleistung ist nicht möglich.

2.6.3.1 Haushalts- und Pflegeleistungen

Wir organisieren die Vermittlung und übernehmen die Kosten von hauswirtschaftlichen Diensten. Wir übernehmen die Kosten einer Haushaltshilfe auch, wenn sich die versicherte Person noch im Krankenhaus befindet, im Beisein eines Familienangehörigen oder Nachbarn.

Die haushaltsnahen Hilfen für die versicherte Person sind:

1. Menüservice

Täglich ein Mittagmenü. Auch für im Haushalt wohnende Ehe- oder Lebenspartner und Kinder sowie pflegebedürftige Verwandte, welche die versicherte Person sonst pflegt. Ist die versicherte Person minderjährig (unter 18 Jahre), außerdem für die Geschwister. Hierfür übernehmen wir die Organisation und die Kosten.

2. Einkäufe und Besorgungen

Einkauf von Waren des täglichen Bedarfs und Erledigung notwendiger Besorgungen, z. B. Beschaffung von Medikamenten, Lebensmitteln sowie deren Unterbringung, Paketabholung und Paketabgabe zur Rücksendung. Hierfür übernehmen wir die Organisation und die Kosten der Dienstleistung einmal in der Woche. Kosten für die Einkäufe übernehmen wir nicht.

3. Wohnungsreinigung

Organisation und Kostenübernahme der Wohnungsreinigung sowie Blumengießen durch Haushaltshilfe im üblichen Umfang bis zu einmal pro Woche, maximal 4 Stunden pro Woche.

4. Assistance nach Geburt

Ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung unterstützen wir junge Familien mit einem täglichen Menüservice für alle Familienmitglieder sowie einmal wöchentlich bei Einkäufen und Besorgungen von Waren des täglichen Bedarfs und der Wohnungsreinigung, maximal 4 Stunden mit bis zu 1.000 Euro. Die Kosten der Einkäufe sind eigenständig zu tragen.

5. Versorgung der Wäsche

Waschen, Trocknen, Bügeln und ggf. zusätzlich das Sortieren und Einräumen der Wäsche sowie die Schuhpflege – hierfür übernehmen wir die Organisation und die Kosten der Haushaltshilfe einmal pro Woche für 4 Stunden.

6. Gartenpflege und kleine hausmeisterliche Tätigkeiten

Regelmäßige Tätigkeiten im Garten (jahreszeitnotwendige Grundarbeiten) wie z. B. Rasen mähen, Heckenschnitt zur Instandhaltung im haushaltsüblichen Umfang, nicht für Parkanlagen oder ähnliches. Hierfür übernehmen wir die Organisation und die Kosten bis zu 100 Euro pro Woche. Bei Bedarf vermitteln wir auch einen Winter-/Streudienst auf Anfrage. Für sonstige, kleine hausmeisterliche Tätigkeiten übernehmen wir bei Notwendigkeit die Kosten bis zu 500 Euro je Versicherungsfall.

Je Versicherungsfall übernehmen wir die Kosten bis maximal insgesamt 1.000 Euro.

7. Begleitung zu medizinischen Behandlungen, Arztterminen, Behörden

Die versicherte Person wird bei notwendigen Arztbesuchen, zur Krankengymnastik und Therapie bei Bedarf begleitet. Ebenso erfolgt die Beglei-

tung zu Behördengängen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Die Leistung steht bis zu zweimal in der Woche zur Verfügung und wir übernehmen hierfür die Organisation und die Kosten.

8. Begleitservice für Kinder

Sofern erforderlich und örtlich möglich, stellen wir für versicherte Kinder und Kinder der versicherten Person in Verbindung mit Fahrten von und zu Bildungs- bzw. Betreuungsstätten sowie Arztterminen eine Begleitperson. Die Organisation und Kostenübernahme erfolgen im Umkreis von bis zu 100 Kilometern des Aufenthaltsortes des Kindes über einen Zeitraum von maximal 3 Monaten bis zu 1.000 Euro.

9. Installation eines Hausnotrufes

Organisation und Kostenübernahme für Installation bzw. Bereitstellung einer Hausnotrufanlage (ohne monatliche Unterhaltskosten), sofern die technischen Voraussetzungen in der Wohnung vorhanden sind und Abbaukosten, wenn der Abbau innerhalb von 12 Monaten stattfindet.

10. Unterbringung und Versorgung von Haustieren

Benannt oder vermittelt wird ein Dienstleister, wie z.B. eine Tierpension, zur Unterbringung und Versorgung von gewöhnlichen Haustieren, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc. Hierunter fallen keine Nutztiere, Pferde oder exotische Tiere, für deren Haltung evtl. eine behördliche Genehmigung notwendig ist, wie z. B. Reptilien. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir bis zu 1.000 Euro, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann.

Sollten Sie auf Reisen sein, vermitteln wir den Heimtransports des Haustieres. Die Erstattung ist auf maximal 250 Euro begrenzt.

11. Betreuung minderjähriger Kinder

Sollte die versicherte Person oder die beaufsichtigende Person des versicherten Kindes ausfallen, die im Regelfall die minderjährigen Kinder betreut, organisieren und übernehmen wir die Betreuung inkl. Hausaufgabenhilfe (nur in der Grundschule), sofern örtlich verfügbar bis zu 8 Stunden täglich über einen Zeitraum von maximal 3 Monaten. In Notfällen auch bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gilt der Zeitraum von 48 Stunden nach dem Ausfall ohne anderweitige Kinderbetreuung.

Die Leistung umfasst die Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung sowie die dazugehörigen Haushalts- und Pflegeleistungen (nichtmedizinischer Art). Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen die Leistungen bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus.

Für Familien mit mindestens einem minderjährigen Kind (unter 18 Jahre) erstatten wir diese Kosten auch ohne die Vereinbarung der Alltagshilfe, wenn die Hilfeleistung durch unseren Partner organisiert, vermittelt bzw. durchgeführt werden.

Pflegeleistungen für die versicherte Person sind:

1. Leistungen der ambulanten Grundpflege

Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschung, Ernährung (z. B. Zubereitung und Aufnahme von Nahrung) und Mobilität (z. B. An- und Auskleiden, Unterstützung beim Gang zur Toilette, Betten sowie Bewegungsunterstützung).

2. Pflegeberatung und 24-Stunden-Pflegenotruf

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten. Gleichzeitig kann – sofern örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, welche im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur Hilfeleistung alarmiert.

3. Einmalige Pflegeschulung für Angehörige

Organisation und Kostenübernahme einer einmaligen Pflegeschulungen für alle pflegenden Angehörigen der versicherten Person.

4. Beratungs-, Informations- und Vermittlungsdienste zur Pflege

Wir beantworten allgemeine Fragen und beraten zu den Leistungsansprüchen und Antragsverfahren bei öffentlichen Instituten (keine Rechtsberatung und ohne Ausfüllen der Anträge). Zum anderen werden weitere Vermittlungs- sowie Informationsdienstleistungen zum Thema Pflege geleistet, wie z. B. Informationen zu Pflegehilfsmitteln, Vorschläge zu Pflegeeinrichtungen oder die Vermittlung von häuslichen Pflegediensten.

5. Tag- und Nachtwache

Organisation und Kostenübernahme bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung oder nach einer ambulanten Operation, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung erforderlich ist.

6. Haushalts- und Pflegeleistungen für Verwandte

Wir stellen haushaltsnahe Hilfen und Pflegeleistungen auch für pflegebedürftige Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte ersten Grades oder Schwiegereltern der versicherten Person zur Verfügung. Voraussetzung dafür ist, dass die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des Unfalls mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt. Für die pflegebedürftige Person muss ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt worden sein. Die Haushalts- und Pflegeleistungen erbringen wir so lange, wie die versicherte Person durch den Unfall hierzu nicht in der Lage ist – maximal für 12 Monate ab Tag des Unfalls.

2.6.3.2 Sonstige medizinische Dienstleistungen

1. Erstgespräch

Mit der versicherten Person, beziehungsweise ihren Angehörigen oder bei Erfordernis in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, wird ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit und zur weiteren Maßnahmenplanung durchgeführt. Bei Bedarf wird ebenso ein Reha-Manager vermittelt, für begleitendes medizinisches, berufliches oder soziales Reha-Case-Management in Deutschland.

2. Arztsuche

Bei Bedarf benennen wir einen Arzt (national) oder einen deutsch-/englischsprachigen Arzt am Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland (international), falls örtlich möglich.

3. Psychologische Beratung

Wir unterstützen die versicherte Person bei traumatischen Ereignissen und Belastungssituationen nach schwerem Unfall, unfallbedingten Todesfall einer mitversicherten Person oder Verwandten 1. Grades, als Opfer eines Amoklaufes oder Überfalles bzw. Geiselnahme. Hier bieten wir psychologische (Erst-)Beratungen mit Netzwerkpartnern an und übernehmen dafür die Kosten. Grundsätzlich erfolgen drei bis fünf Beratungsgespräche durch Psychologen per Telefon, E-Mail oder Skype. In Ausnahme- oder besonders schweren Fällen wird auch eine Beratung vor Ort durchgeführt. Alternativ oder zur Aufnahme einer ambulanten oder stationären Therapie werden Psychologen vor Ort vermittelt, sofern örtlich verfügbar.

2.6.3.3 Fahrdienste

Wir leisten, wenn bei der versicherten Person die eigene Mobilität eingeschränkt ist.

Wir vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten für Fahrdienste zu Ärzten, Therapien, Krankengymnasten und Behörden, bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern des Aufenthaltsortes der versicherten Person.

Für versicherte Kinder und Kinder von versicherten Personen, die im gleichen Haushalt leben, organisieren und zahlen wir darüber hinaus Fahrdienste zu Bildungs- bzw. Betreuungsstätten bis zu zweimal in der Woche über einen Zeitraum von maximal 3 Monaten bis zu 1.000 Euro. Dies betrifft z. B. folgende weiteren Fahrdienste, bis zu ihrem 18. Geburtstag:

- zum/vom Kindergarten oder zu/von der Kindertagesstätte, Tagesmutter und Schule,
- zu/von Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
- zu/von entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden.

2.6.3.4 Leistungen im Ausland

Kommt es im Ausland zu einem Unfall, erbringen wir folgende Leistungen:

1. Kostenübernahme für die Beschaffung von Arznei- und Hilfsmitteln

Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei- oder Hilfsmittel vor Ort nicht erhältlich, sorgen wir auch für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten. Die Kosten für die Arznei- und Hilfsmittel selbst werden nicht übernommen.

2. Medizinische Abklärung

Organisation von Arzt-zu-Arzt-Gesprächen des medizinischen Dienstes mit den Behandlern im Ausland zur Abklärung der medizinischen Versorgungslage vor Ort. Ergänzend können Arzt-Patienten- oder -Angehörigen-Gespräche stattfinden. Die Hilfeleistungen können allerdings nur übernommen werden, wenn die dazu erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen erteilt werden.

3. Notruf- und Servicezentrale (medizinische Assistance)

Über das 24-Stunden-Service-Telefon (+49 221 9822 9333) der Malteser Hilfsdienst gGmbH stehen wir Ihnen mit medizinisch ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr zur Verfügung.

4. Fahrzeugüberführung

Kann der Versicherte im Notfall (z. B. Krankheit, Unfall) sein Fahrzeug auf seiner Dienst- oder Urlaubsreise in Deutschland oder Europa nicht persönlich nach Hause fahren, wird ihm eine Fahrzeugüberführung vermittelt und die Kosten dafür übernommen. Dieser Transport erfolgt per Fahrzeug des Versicherten (auf eigener Achse) oder nach Anfrage auf fremder Achse (Pickup-Transport). Auf Wunsch kann der Versicherte oder auch seine Familienangehörigen auf eigene Gefahr mitfahren, sofern der verantwortliche Fahrzeugführer diese Mitfahrmöglichkeit gestattet.

5. Krankenrücktransport resp. Überführung Verstorbener

Wir organisieren weltweit Krankenrücktransporte und Verlegungstransporte inklusive der ggf. notwendigen ärztlichen Begleitung und aller Formalitäten.

2.6.3.5 Sonstige Assistance-Leistungen ohne Kostenübernahme

Auf Wunsch unterstützt Sie die Malteser Hilfsdienst gGmbH auch gerne bei der Vermittlung von:

- Menüservice aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister
- Besorgung von Einkäufen (Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs)
- Tätigkeiten zur Reinigung der Wohnung

- Gartenpflege im haushaltsüblichen Umfang
- Installation einer Hausnotrufanlage
- Unterbringung und Versorgung von Haustieren
- Spezialisten für Umbau von Kraftfahrzeugen oder des behindertengerechten Umbaus der Wohnung
- Ambulante Grundpflege (Körperpflege, Hilfe bei Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden etc.)
- Pflegeberatung und 24-Stunden-Pflegenotruf
- Pflegeschulungen für Angehörige
- Tag- und Nachtwache
- Fahrdiensten zu Ärzten, Therapien, Krankengymnasten und Behörden
- Begleitung bei medizinischen Behandlungen, Arztterminen, Behörden-gängen
- Pflegehilfsmitteln
- Pflegeplätzen
- Beratungs-, Informations- und Vermittlungsdienste zur Pflege
- Beratung zu Versorgungsvollmachten/Patientenverfügung
- Mobiler Nagel-, Fußpflege oder eines mobilen Friseurs, sofern örtlich verfügbar
- Kinderbetreuung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sowie deren Versorgung und Fahrdienste, bei Ausfall eines im Haushalt lebenden Erziehungsberechtigten

Wir benennen (ohne Kostenübernahme):

- Ärzte oder Kliniken zur Behandlung (nicht Begutachtung) von Verletzungen weltweit sowie andere Dienstleister
- Hospizplätze

2.6.4 Beginn, Dauer und Höhe der Leistungen

Die Leistungen stehen der versicherten Person spätestens zum 3. Werktag nach Schadenmeldung und Anmeldung des Leistungsbedarfs zur Verfügung, sofern Alltagshilfe vereinbart wurde.

Der Anspruch auf die vereinbarten Leistungen besteht für die Dauer der Bedürftigkeit der versicherten Person, längstens für 12 Monate, ab dem Tag des Unfalls. Wir übernehmen die nicht von Dritten übernommenen Kosten der Alltagshilfe durch unsere Dienstleister. Die Gesamtleistung aller Kostenpositionen der Ziffer 2.6 beträgt maximal 20.000 Euro.

2.7 Reha-Management

Ergänzend zu Ziffer 2 erbringen wir Reha-Dienstleistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister. Dieser erbringt entweder die Leistung selbst durch die eigene Organisation oder durch einen von ihm beauftragten Dritten. Der Leistungserbringer benötigt dazu die Daten der vom Unfallereignis betroffenen und Reha-Dienstleistungen geltend machenden, versicherten Person.

Außerdem ist es erforderlich, dass die versicherte Person ausdrücklich alle den Unfall und dessen gesundheitlichen Folgen untersuchenden oder behandelnden

- Angehörigen von Heilberufen
- Krankenhäusern und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Dienstleister und Leistungserbringer entbindet.

Erbrachte Reha-Dienstleistungen begründen keinen Anspruch auf andere Leistungsarten (z. B. Invalidität), diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

2.7.1 Prüfung der Leistungsvoraussetzungen (Telefonisches Erstgespräch)

Wir bieten Ihnen über die Servicezentrale der Malteser Hilfsdienst gGmbH einen erweiterten Kundendienst und sind somit an allen Wochentagen 24 Stunden über die Service-Telefonnummer 0721/660-3366 erreichbar. Vor Beauftragung eines dritten Dienstleisters werden die Leistungsvoraussetzungen für die Reha-Dienstleistungen mit einem telefonischen Erstgespräch ermittelt.

Eine Beauftragung erfolgt, falls die versicherte Person

- infolge eines über diesen Vertrag versicherten Unfalls mind. 3 Tage im Krankenhaus stationär behandelt werden muss oder
- infolge eines über diesen Vertrag versicherten Unfalls eine schwere Verletzung gemäß Ziffer 2.7.4.1 hat.

2.7.2 Dauer der Leistung (Betreuungszeitraum)

Wir übernehmen bis zu einer Dauer von 3 Jahren ab dem Unfalltag an die Kosten für die Reha-Dienstleistungen der versicherten Person.

2.7.3 Leistungsumfang – kleiner Reha-Fall

2.7.3.1 Voraussetzungen

Ein kleiner Reha-Fall tritt ein, wenn

- der Reha-Assistance-Bedarf gering bis mittelintensiv eingeschätzt wird.
- nach akutmedizinischer Versorgung der Verunfallte noch als arbeitsunfähig entlassen wird und der Hausarzt die Weiterbetreuung übernimmt.

2.7.3.2 Telefonische Beratung

Telefonische Beratung inklusive Bedarfsanalyse durch den Leistungserbringer nach Reha-Beauftragung. Nach Beauftragung führt ein psycho-

	logisch geschulter Mitarbeiter ein Ersthilfetelefonat mit allen beteiligten Personen und der versicherten Person durch, um den aktuellen Status bzw. die folgende Therapie (z. B. Reha) abzuklären.	2.7.4.6	Beratung und Hilfestellungen bei Umbaumaßnahmen Verunfallten/Angehörigen werden bei notwendigen Umbaumaßnahmen im Haus, in der Wohnung oder am Kfz Kontakte zu Spezialisten vermittelt.
2.7.3.3	Reha-Betreuung Es erfolgt eine telefonische Verlaufsbegleitung und Kontaktaufnahme jeweils an der Schnittstelle zum nachfolgenden Versorgungssektor.	2.7.4.7	Beratung und Hilfestellungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung Es erfolgt eine telefonische Beratung über geeignete Heil- und Hilfsmittel (inkl. Prothesen oder Orthesen).
2.7.3.4	Reha-Beratung, Beratung bei Antrags- und Amtsvorgängen Den Angehörigen und der versicherten Person wird ein telefonischer Beratungsservice angeboten. Dieser bietet Beratungsleistung zur Unterstützung bei allen Aktivitäten der versicherten Person und der Angehörigen im Rehabilitationsprozess.	2.7.4.8	Beratung bei Kinder-Unfall Auf Wunsch eines Elternteils nach Begleitung des Kindes während der akutmedizinischen Versorgung (Krankenhaus) oder in eine Rehaklinik wird der Erziehungsberechtigte über arbeitsrechtliche Möglichkeiten beraten und falls erforderlich bei der jeweiligen Umsetzung, u. a. Transport oder bei nötigen Arbeitgebergesprächen unterstützt.
2.7.3.5	Finanzielle Beihilfe Einmalige Vermittlung und Finanzierung zusätzlicher, als notwendig erkannter ambulanter oder stationärer therapeutischer Maßnahmen (u. a. Ergotherapie, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen). Ebenso für versicherte Kinder die Vermittlung und Kostenübernahme kindgerechter Therapieangebote, wie z. B. Logopädie, Hippotherapie. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Kranken-, Haftpflicht-, Renten- oder gesetzlicher Unfallversicherer), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in der Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.	2.7.4.9	Rückführungsberatung/-begleitung in KITA, Schule, Ausbildung, Beruf/ Arbeitsplatz bzw. in die berufliche Rehabilitation Unmittelbar nach den erfolgten medizinisch rehabilitativen Maßnahmen werden Gespräche mit den verantwortlichen Mitarbeitern der jeweiligen Schule/Berufsschule, dem Ausbildungsbetrieb, den Trägern der beruflichen Rehabilitation, anderen Sozialeinrichtungen und/oder dem Arbeitgeber geführt. Zudem steht der versicherten Person eine Beratung zur Reintegration zur Verfügung, die zu unterschiedlichsten Themenbereichen Hilfestellungen gibt (u. a. Hilfen bei Umorganisationen, in der beruflichen Neuorientierung mit Arbeitsplatzakquise- und Bewerbungsunterstützung sowie Beratung zur Schulbegleitung über kommunale Träger).
2.7.3.6	Kosten für den kleinen Reha-Fall Für Kosten, die für die Inanspruchnahme der Reha-Dienstleistungen entstehen, stehen im Betreuungszeitraum gemäß Ziffer 2.7.2 bis maximal 1.000 Euro zur Verfügung. Die Kosten, die für die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen (außer Ziffer 2.7.3.5), werden nicht übernommen. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.	2.7.4.10	Finanzielle Beihilfe Vermittlung und Finanzierung zusätzlicher, als notwendig erkannter ambulanter oder stationärer therapeutischer Maßnahmen (u. a. Ergotherapie, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen). Ebenso für versicherte Kinder die Vermittlung und Kostenübernahme kindgerechter Therapieangebote, wie z. B. Logopädie, Hippotherapie. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Kranken-, Haftpflicht-, Renten- oder gesetzlicher Unfallversicherer), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in der Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns wenden.
2.7.4	Leistungsumfang – großer Reha-Fall		
2.7.4.1	Voraussetzungen Ein großer Reha-Fall tritt ein, wenn - der Reha-Assistance-Bedarf als hoch mit einer komplexen Betreuung und Beratung eingeschätzt wird. - nach Krankenhausentlassung voraussichtlich noch eine lange Arbeitsunfähigkeit prognostiziert wird, so dass nach akutmedizinischer Versorgung die Anschlussheilbehandlung bzw. Facharzt-Überweisung erfolgt. oder - durch den Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen eingetreten ist: 1. Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks; 2. Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung 3. Polytrauma (Verletzungen mehrerer Körperregionen; alternativ: von Organsystemen); 4. Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke, z. B. Schulter-, Hüft-, Kniegelenke; 5. Verlust resp. Amputation einer Hand, eines Armes oder eines Beines; 6. Großflächige Verbrennungen resp. Verletzung von Weichteilen; 7. Neurologische Ausfälle, z. B. Parese, Lähmung, Plexusschaden; 8. Folgende spezielle Verletzungen: Rotatorenmanschettenläsionen, Achillessehnenverletzungen, Bandscheibenläsionen, Meniskusläsionen.	2.7.4.11	Kosten für den großen Reha-Fall Für Kosten, die für die Inanspruchnahme der Reha-Dienstleistungen entstehen, stehen im Betreuungszeitraum gemäß Ziffer 2.7.2 bis maximal 10.000 Euro zur Verfügung. Die Kosten, die für die Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen (außer Ziffer 2.7.4.10), werden nicht übernommen. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.
2.7.4.2	Telefonische Beratung Telefonische Beratung inklusive Bedarfsanalyse durch den Leistungserbringer nach Reha-Beauftragung. Ein psychologisch geschulter Mitarbeiter kontaktiert die versicherte Person respektive ihre Angehörigen oder auch den behandelnden Arzt, um den aktuellen Status bzw. die folgende Therapie (z. B. Reha) abzuklären.	2.7.5	Ort der Leistungserbringung Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht erbracht werden. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozess ist, der von uns oder vom eingeschalteten Reha-Dienstleister vorgeschlagen wurde.
2.7.4.3	Reha-Betreuung (Verlaufsmonitoring) Der Rehabilitations- und Genesungsverlauf wird mittels einer aktiven telefonischen Verlaufsbetreuung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgerwechsel erfolgt, überwacht (Interventionspunkte). Dazu gehört auch eine medizinische Begleitung mit Komplikationsmanagement sowie Organisation einer ggf. erforderlichen psychologischen Betreuung. Sie beginnt mit der Entlassung aus der akutmedizinischen Versorgung und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation.	2.8	Kosten für kosmetische Operationen
2.7.4.4	Hilfestellungen bei Antrags- und Amtsvorgängen, Reha-Beratung Der versicherten Person bzw. den Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialeistungsträger angeboten. Gleichzeitig wird bei Notwendigkeit über die Aspekte der sozialen oder beruflichen Rehabilitation informiert. Aus der jeweiligen Situation heraus werden Rehabilitations- und Integrationswege und bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert. Auf Wunsch können Kontakte zu qualifizierten ambulanten Versorgungseinrichtungen oder medizinischen Fachkräften vermittelt werden.	2.8.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild. Abweichend von Satz 2 dieser Ziffer übernehmen wir bei Vereinbarung der Produktlinie Exklusiv bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen die entstehenden Kosten. Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen. Die kosmetische Operation erfolgt - durch einen Arzt, - nach Abschluss der Heilbehandlung und - bei Erwachsenen innerhalb von 5 Jahren nach einem über diesen Vertrag versicherten Unfall, bei Minderjährigen 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.
2.7.4.5	Beratung in einer (familiären) Pflegesituation Ergibt sich aus den Unfallfolgen eine Pflegesituation, werden die Angehörigen in allen Fragen rund um die Pflege beraten und ggf. Kontakte zu geeigneten Pflegediensten oder auch Pflegeheimen inkl. notwendiger Transporte vermittelt.	2.8.2	Art und Höhe der Leistung Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene - Arzthonore und sonstige Operationskosten, - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 20.000 Euro. Bei Vereinbarung der Produktlinie Exklusiv erstatten wir nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten,
 - Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,
- insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 100.000 Euro.
- Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.9 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
 - für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer oder
 - für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
 - bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person
- entstanden.

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

Bei einem unfallbedingten Todesfall 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.

Folgende Erweiterungen gelten bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv**:

- Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für die medizinisch notwendige Verlegung der versicherten Person in ein weiteres Krankenhaus oder in eine Spezialklinik.
- Wir ersetzen die notwendigen nachgewiesenen Kosten für einen Dolmetscher und/oder die Übersetzung erforderlicher Schriftsätze bis zu 5.000 Euro, sofern die versicherte Person einen Unfall erlitten hat und aufgrund des Unfalls Dolmetscher- und/oder Übersetzungskosten entstanden sind.
- Sofern die alleinreisende versicherte Person aufgrund eines während einer Reise erlittenen Unfalls im Krankenhaus behandelt werden muss und der Krankenhausaufenthalt am Unfallort über den geplanten Rückreisetermin hinaus andauert, übernehmen wir für eine nahestehende Person die für den Krankenbesuch entstehenden Verpflegungs- und Übernachtungskosten bis zu 300 Euro, sowie die Hin- und Rückreisekosten (maximal für die Entfernung zwischen dem Wohnsitz der versicherten Person und dem Ort des Krankenhausaufenthaltes).

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

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 20.000 Euro.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** erstatten wir nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 100.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.10 Dekompressionskammer

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Dekompressionskammer ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung, werden die hierfür entstandenen Therapie- und Behandlungskosten erstattet.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 25.000 Euro.

2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Sofortleistung bei Schwerverletzungen ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person hat eine der nachfolgenden schweren Unfallverletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
- Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
- gewebeerstörende Verletzungen an zwei inneren Organen
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch, Schienbein- und Oberarmbruch, Speichen- und Oberarmbruch oder Wadenbein- und Oberschenkelbruch

- Bruch eines langen Röhrenknochens
- Bruch des Beckens
- Bruch der Wirbelsäule
- gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
- Verletzungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzungen
- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent

Die Sofortleistung ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes spätestens 15 Monate nach Eintritt des Unfalls bei uns geltend zu machen.

Die Zahlung erfolgt, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Schwerverletzungen einmalig in Höhe von 20.000 Euro.

2.12 Gipsgeld und Heilungshilfe

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Gipsgeld ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person hat einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall gemäß Ziffer 1 erlitten, der zu einer unter Ziffer 2.12.3 aufgeführten Verletzungen geführt hat.

Das Vorliegen einer Verletzung muss von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden. Das Vorliegen der Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der Anspruch auf Gipsgeld und Heilungshilfe erlischt nach Ablauf von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf Gipsgeld und Heilungshilfe.

Sofern die Sofortleistung bei Schwerverletzungen gemäß 2.11 oder eine Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur oder Oberarmfraktur gemäß Ziffer 2.13 bezogen wurde, entfällt die Leistungsart Gipsgeld und Heilungshilfe.

2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erbringen die Leistung gemäß der unter Ziffer 2.12.3 aufgeführten Übersichtstabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgelegten Betrag der für Gipsgeld und Heilungshilfe versicherten Summe.

Hat der Unfall zu mehreren der aufgeführten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die in der Tabelle der höchste Betrag festgelegt ist. Nur für diese Verletzung wird eine Zahlung erbracht.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen oder funktionelle Invaliditätsversicherungen, ist die Höchstleistung für die jeweilige Gesundheitsschädigung aus allen Verträgen zusammen auf 12.000 Euro begrenzt.

Es gelten die Versicherungssummen für Gipsgeld und Heilungshilfe gemäß der Übersichtstabelle unter Ziffer 2.12.3.

2.12.3 Übersichtstabelle zu Verletzungen

Leistungsgruppe	Verletzung	Versicherungssumme
Kopfverletzung	Gesichtsschädelfraktur (ohne Nasenbein)	6.000 EUR
	Schädeldach-, Schädelbasis- oder sonstige Schädelfraktur	4.000 EUR
	Nasenbeinfraktur	400 EUR
Obere Gliedmaßen (Arme)	Oberarmfraktur	2.000 EUR
	Unterarmfraktur	2.000 EUR
	Ellenbogenfraktur	2.000 EUR

Hände	Handwurzelfraktur oder Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)	1.000 EUR
	Mittelhandknochenfraktur	1.000 EUR
	Daumenfraktur oder -amputation	1.000 EUR
	Zeigefingerfraktur oder -amputation	400 EUR
Wirbelsäule (Hals-, Brust-, und Lendenwirbelsäule)	Wirbelkörperfraktur einfach	2.000 EUR
	Wirbelkörperfraktur mehrfach	4.000 EUR
	Steißbeinfraktur	2.000 EUR
Rumpf	Fraktur des Brustbeins	1.000 EUR
	Schulterblattfraktur	1.000 EUR
	Schulterreckgelenksprengung mit erforderlicher OP	1.000 EUR
	Schlüsselbeinfraktur	400 EUR
	Rippenserienfraktur (3 benachbarte Rippen)	1.000 EUR
Becken	Bruch des Beckens	4.000 EUR
	Hüftgelenksfraktur	2.000 EUR
Untere Gliedmaßen (Beine und Füße)	Frakturen oberhalb des Knies	4.000 EUR
	Frakturen unterhalb des Knies bis einschließlich zum unteren Sprunggelenk, einschließlich Patella, einschließlich Kniescheibe	2.000 EUR
	Fraktur der Fußwurzelknochen und Mittelfußknochen (Ausnahme große und kleine Zehen)	1.000 EUR
	Fraktur oder Amputation großer Zeh	400 EUR
Band- und Sehnenrupturen	Bizepssehnenruptur	1.000 EUR
	Kreuzbandruptur	2.000 EUR
	Innen- oder Außenbandruptur am Kniegelenk	400 EUR
	Patellasehnenruptur	1.000 EUR
	Innen- oder Außenbandruptur am Sprunggelenk	400 EUR
	Achillessehnenruptur	2.000 EUR
Verbrennungen	2. & 3. Grades bei mind. 15 % der Körperoberfläche	2.000 EUR
Innere Organe	Gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs	2.000 EUR
Sonstige Unfallfolgen	Vollständiger Verlust der Stimme	4.000 EUR
	Vollständiger Hörverlust auf beiden Ohren	4.000 EUR

Frakturen, die gemäß Ziffer 2.12 eine Leistung zur Folge haben, sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten) sowie Haarrisse. Für alle sonstigen vollständigen Frakturen infolge eines Unfalls, die nicht in der Tabelle explizit geregelt sind, erbringen wir eine einmalige Zahlung in der Höhe von

Sonstige vollständige Fraktur 400 EUR

Für unvollständigen Frakturen erbringen wir eine einmalige Zahlung in der Höhe von 200 Euro. Unvollständige Frakturen sind unter anderem Grünholzfrakturen, Wulstfrakturen, Fissuren (Spalten), Infraktionen (Einrisse), Epiphysensprengungen, Knochenabscherungen und -absprengungen.

Zahnfrakturen gelten über die Leistung Gipsgeld und Heilungshilfe als nicht versichert.

Band- und Sehnenrupturen im Sinne dieser Bedingungen sind vollständige Zerreißen von stabilisierenden Kapselbandstrukturen und vollständige Zerreißen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse. Für alle sonstigen vollständigen Rupturen infolge eines Unfalls, die nicht in der Tabelle explizit geregelt sind, erbringen wir eine einmalige Zahlung in der Höhe von

Sonstige vollständige Ruptur 200 EUR

Ebenfalls nicht unter den Versicherungsschutz fallen Gehirnerschütterungen.

2.13 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur oder Oberarmfraktur

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir zahlen eine Sofortleistung bei Oberschenkelhals- oder Oberarmfraktur, sofern die **Produktlinie Exklusiv** vereinbart wurde und die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Es ist unerheblich, ob die Fraktur durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist.

Das Vorliegen einer solchen Verletzung muss von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden. Das Vorliegen der Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der Anspruch auf diese Leistung erlischt nach Ablauf von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Oberschenkelhals- oder Oberarmfraktur einmalig in Höhe von 8.000 Euro je Unfall.

Diese Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch gemäß Ziffer 2.1 angerechnet.

2.14 Sportgerätekasko

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Sportgerätekasko ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die Voraussetzungen gemäß Ziffer 2.11, 2.12 oder 2.13 sind erfüllt und bei einem Unfall gemäß Ziffer 1 wurde eines der folgenden nicht motorisierten Sportgeräte, die sich im Eigentum der versicherten Person befinden, benutzt und beschädigt:

- Ski oder Snowboard
- Fahrrad
- Kickboard oder Skateboard
- Inlineskates
- Brillen, Sehhilfen und Helme, die beim Benutzen der zuvor genannten Sportgeräte getragen wurden.

Eine Kausalität zwischen Unfall und beschädigtem Sportgerät muss bestehen.

Das Vorliegen einer Beschädigung an einem der genannten Sportgeräte muss uns durch die originale Anschaffungsrechnung des Sportgerätes oder die Rechnung der Reparatur nachgewiesen werden.

Die Beschädigung muss erheblich sein, so dass das Sportgerät nicht mehr einwandfrei verwendet werden kann. Ein ästhetischer Mangel im Aussehen (Schönheitsfehler) gilt nicht als erheblich.

2.14.2 Art und Höhe der Leistung

Wir beteiligen uns an der Reparatur oder Neuanschaffung des Sportgerätes, der Sehhilfe oder des Helmes mit maximal 250 Euro je Unfall.

2.15 Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Brille von Kindern

Die Leistungsart Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Brille ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Wird die medizinisch notwendige therapeutische Sehhilfe bzw. Brille des versicherten minderjährigen Kindes (unter 18 Jahre) bei einem versicherten Unfall gemäß Ziffer 1 beschädigt, werden die unfallbedingten Kosten für die Reparatur bis zu einem Betrag von 250 Euro ersetzt.

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

Sofern die Voraussetzungen für Ziffer 2.14 und 2.15 erfüllt sind, wird nur einmalig geleistet.

2.16 Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Zahnspange von Kindern

Die Leistungsart Reparaturkostenübernahme bei unfallbedingter Beschädigung der Zahnspange ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Wird die Zahnspange des versicherten minderjährigen Kindes (unter 18 Jahre) bei einem versicherten Unfall gemäß Ziffer 1 beschädigt, werden die unfallbedingten Kosten für die Reparatur bis zu einem Betrag von 2.000 Euro ersetzt.

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

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.17 Übergangsleistung

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.17.1.1 Übergangsleistung – 3 Monate

Die Leistungsart Übergangsleistung – 3 Monate ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen und
- zu mindestens 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen 3 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.

2.17.1.2 Übergangsleistung – 6 Monate

Die Leistungsart Übergangsleistung – 6 Monate ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen und
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.

2.17.2 Art und Höhe der Leistung

2.17.2.1 Übergangsleistung – 3 Monate

Für die Übergangsleistung – 3 Monate nach dem Unfall (Ziffer 2.17.1.1) zahlen wir je Versicherungsfall 10.000 Euro.

2.17.2.2 Übergangsleistung – 6 Monate

Für die Übergangsleistung – 6 Monate nach dem Unfall (Ziffer 2.17.1.2) zahlen wir je Versicherungsfall 20.000 Euro. Haben Sie bereits eine Leistung gemäß Ziffer 2.17.1.1 erhalten, wird diese auf einen Anspruch aus Ziffer 2.17.1.2 angerechnet.

2.18 Kur- und Rehabilitationsleistung

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis gemäß Ziffer 1 hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen

eine medizinisch notwendige Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Kur- und Rehabilitationsleistung als Betrag einmal je Unfall in Höhe von 3.000 Euro.

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** zahlen wir die Kur- und Rehabilitationsleistung als Betrag einmal je Unfall in Höhe von 5.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.19 Medizinische Sporttherapie

2.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart medizinische Sporttherapie ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Bei der versicherten Person ist durch ein über diesen Vertrag versichertes Unfallereignis eine deutliche Einschränkung ihrer körperlichen Mobilität für mindestens 4 Wochen eingetreten, die eine Operation oder die Verwendung von Hilfsmitteln zur Folge hatte. Zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, übernehmen wir die Kosten für eine erstmalige begonnene medizinische Sporttherapie.

Wir erstatten die Kosten für eine erstmalig begonnene Sporttherapie in einem physiotherapeutisch ausgerichteten Gesundheits- und Fitnessstudio. Als Nachweis dient der Aufnahmeantrag des Studios.

Die medizinische Sporttherapie muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall begonnen werden und für die Rehabilitation medizinisch sinnvoll sein. Hierüber muss uns die versicherte Person eine ärztliche Bestätigung vorlegen.

2.19.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einer Dauer von 6 Monaten. Insgesamt leisten wir bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 1.000 Euro.

2.20 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen und medizinische Hilfsmittel

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart behinderungsbedingte Mehraufwendungen und medizinische Hilfsmittel ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Wir erstatten innerhalb von 4 Jahren nach einem über diesen Vertrag versicherten Unfall die Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, sofern ein Unfall zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent gemäß Ziffer 2.1 geführt hat und die Maßnahmen medizinisch notwendig sind.

In Erweiterung erstatten wir innerhalb von 4 Jahren nach einem über diesen Vertrag versicherten Unfall die Kosten für medizinische Hilfsmittel, sofern die Maßnahmen medizinisch notwendig sind. Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Voraussetzung für die Leistung gemäß Ziffer 2.20 ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten für folgende behinderungsbedingte Mehraufwendungen:

- behindertengerechter Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person
- behindertengerechter Umbau des Kraftfahrzeugs der versicherten Person
- Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz

Wir erstatten nachgewiesene Kosten für folgende medizinische Hilfsmittel:

- Prothesen und Hilfsmittel
- künstliche Organe und Organtransplantationen
- Anschaffung von Assistenzhunden (z. B. Blinden- oder Signalhunde)

- behinderungsbedingte Schulungsmaßnahmen (z. B. Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache)

Insgesamt beträgt die Leistung gemäß Ziffer 2.20 einen Betrag von maximal 25.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.21 Umschulungsmaßnahmen

2.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Umschulungsmaßnahmen ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Die versicherte Person ist durch einen über diesen Vertrag versicherten Unfall voraussichtlich auf Dauer in ihrer körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Wegen dieser Invalidität ist die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande, ihren vor dem Unfallereignis ausgeübten Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Durch die Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung kann die versicherte Person wieder in das Unternehmen, in dem sie zuletzt angestellt war, eingegliedert werden.

Die Umschulung ist innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall durchgeführt und wird innerhalb der 3 Jahre bei uns geltend gemacht.

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

2.21.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen einmalig je Unfall insgesamt bis zu einer Höhe der Versicherungssumme von 10.000 Euro die entstandenen und nachgewiesenen Kosten, welche in unmittelbarem Zusammenhang mit der Umschulung entstehen (inklusive Prüfungs- und Schulungsgebühren).

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.22 Helmbonus

Die Leistungsart Helmbonus ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Erleidet die versicherte Person durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung bei sportlichen Aktivitäten wie z. B.

- Fahrradfahren,
- Skifahren,
- Inlineskaten,
- Skateboarden,
- Reiten

und hat zum Zeitpunkt des Unfalls nachweislich und freiwillig (d. h. es bestand bei Erleiden des Unfalls keine Helmpflicht) einen der Sportart angemessenen Helm getragen, erhöhen wir den Invaliditätsgrad aufgrund der Kopfverletzung um 10 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 66 Prozent anstatt 60 Prozent). Es ist nicht möglich einen höheren Invaliditätsgrad als 100 Prozent zu erreichen.

Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für minderjährige Kinder (unter 18 Jahre) gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

Diese Mehrleistung gilt nicht für Sportarten oder Aktivitäten, bei denen eine Helmpflicht, während der Ausführung der Tätigkeit, vom zuständigen Gesetzgeber aus besteht. Diese Mehrleistung gilt auch nicht für das Führen von Kraft-, Land-, Luft- und Wasserfahrzeugen.

2.23 Mehrleistung im BGV versicherten Kfz

Die Leistungsart Mehrleistung im BGV versicherten Kfz ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Folgende Erweiterung gilt zu Unfällen gemäß Ziffer 1, die gemäß Ziffer 2.1 einen Anspruch auf Invaliditätsleistung nach sich zieht:

Bei Unfällen, bei dem sich die versicherte Person als Lenker oder Insasse in einem Fahrzeug (ausschließlich PKW, Krafttrad oder LKW) befindet, für das bei der BGV-Versicherung AG die Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung zum Zeitpunkt des Unfalls besteht und das Fahrzeug auf den Versicherungsnehmer oder auf Verwandte 1. Grades des Versicherungsnehmers zugelassen ist, wird ein um 10 Prozent erhöhter Invaliditätsgrad (Beispielrechnung hierzu: 66 Prozent anstatt 60 Prozent) berücksichtigt. Es ist nicht möglich einen höheren Invaliditätsgrad als 100 Prozent zu erreichen.

2.24 Zusätzliche Leistungserweiterungen für Angehörige von gemeinnützigen Hilfsorganisationen

2.24.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** genießen Angehörige von gemeinnützigen Hilfsorganisationen während protokollierter oder dokumentierter Einsätze ihrer Organisation folgende Mehrleistungen.

Dies gilt insbesondere für:

- Angehörige der freiwilligen Feuerwehren und
- ehrenamtliche Tätige bei sonstigen gemeinnützigen Hilfsorganisationen.

Als gemeinnützige Hilfsorganisationen im Sinne dieser Bestimmungen gelten Organisationen, die die Förderung der Rettung aus Lebensgefahr, des Feuer-, Arbeits-, Katastrophen und Zivilschutzes sowie der Unfallverhütung zum Zwecke haben.

2.24.2 Leistungserweiterung Helmbonus

Folgende Erweiterung gilt zu der Leistungsart Helmbonus gemäß Ziffer 2.22:

Erleidet die versicherte Person durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung während protokollierter oder dokumentierter Einsätze und

hat zum Zeitpunkt des Unfalls nachweislich einen angemessenen Helm getragen, erhöhen wir den Invaliditätsgrad um 15 Prozent (Beispielrechnung hierzu: 69 Prozent anstatt 60 Prozent). Es ist nicht möglich einen höheren Invaliditätsgrad als 100 Prozent zu erreichen.

Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

2.24.3 Leistungserweiterung Gipsgeld und Heilungshilfe

Folgende Erweiterung gilt zu der Leistungsart Gipsgeld und Heilungshilfe gemäß Ziffer 2.12:

Wir erbringen die doppelte Leistung gemäß der unter Ziffer 2.12.3 aufgeführten Übersichtstabelle zu Verletzungen. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgelegten Betrag der für Gipsgeld und Heilungshilfe versicherten Summe.

2.24.4 Leistungserweiterung Krankenhaustagegeld

Folgende Erweiterung gilt zu der Leistungsart Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 2.4:

Die versicherte Person befindet sich wegen eines Unfalls der sich während eines protokollierten oder dokumentierten Einsatzes ereignete in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung.

In Erweiterung zu Ziffer 2.4.2 zahlen wir das Krankenhaustagegeld ab dem 1. Tag des Krankenhausaufenthaltes in dreifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, längstens jedoch für 5 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Abweichend von Ziffer 2.4.2 zahlen wir bei ambulanten chirurgischen Operationen an Stelle von vollstationären Krankenhausaufenthalten das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für 10 Kalendertage.

2.24.5 Leistungserweiterung Todesfalleistung

Folgende Erweiterung gilt zu der Leistungsart Todesfalleistung gemäß Ziffer 2.5.2:

Wir zahlen die Todesfalleistung in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme aus.

2.24.6 Sonstige Leistungen

Wir erstatten bei Unfällen gemäß Ziffer 1 Kosten für Kleidung, die während eines protokollierten oder dokumentierten Einsatzes beschädigt wird, bis zu 200 Euro, sofern für die Kosten nicht anderweitig Ersatz geleistet wird (z. B. für Kosten, die nicht nach dem Feuerwehrgesetz des jeweiligen Bundeslandes von der zuständigen Gemeinde übernommen werden).

2.25 Vollwaisenrente für Kinder

2.25.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Vollwaisenrente für Kinder ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Versterben beide über diesen Vertrag versicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisenrente an alle versicherten minderjährigen eigenen und adoptierten Kinder (unter 18 Jahre).

2.25.2 Art und Höhe der Leistung

Die Vollwaisenrente zahlen wir jährlich in Höhe des fünfzigfachen Bruttojahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 Euro pro Jahr und Kind. Die Zahlung endet in dem Jahr, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2.26 Rooming-in-Leistung/Übernachtung eines Elternteils im Krankenhaus

2.26.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte minderjährige Kind (unter 18 Jahre) befindet sich nach einem über diesen Vertrag versicherten Unfall gemäß Ziffer 1 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Elternteil übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).

2.26.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je Übernachtung einen Betrag in Höhe von 15 Euro. Die Maximalleistung je Versicherungsfall und Versicherungsjahr beträgt 1.000 Euro.

Abweichend zahlen wir bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** je Übernachtung einen Betrag in Höhe von 50 Euro. Die Maximalleistung je Versicherungsfall und Versicherungsjahr beträgt 5.000 Euro.

Bestehen für das versicherte Kind bei uns mehrere Unfallversicherungen, wird nur einmal geleistet.

2.27 Schulausfallgeld

2.27.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Leistungsart Schulausfallgeld ist Bestandteil der **Produktlinie Exklusiv**.

Das versicherte minderjährige Kind (unter 18 Jahre) kann aufgrund eines über diesen Vertrag versicherten Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen.

Es ist eine Bescheinigung der Schule über die Ausfalltage und ein ärztliches Attest vorzulegen.

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

2.27.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht für maximal 100 Schultage bis zu 50 Euro pro ausgefallenen Schultag.

2.28 Psychologische Hilfe für Kinder

2.28.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Betreuung durch einen ärztlich anerkannten Psychologen zur Aufarbeitung von seelischen und körperlichen Folgen, die das versicherte minderjährige Kind bis zu einem Alter von 18 Jahren als Opfer

- eines Unfalls,
- eines Gewaltakts oder
- von Mobbing (Cybermobbing, Mobbing in der Schule) erleidet.

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers einer Straftat
- Seelische Folgen aufgrund von Mobbing in der Schule

Das auslösende Ereignis (z. B. der Unfall) darf nicht vor Versicherungsbeginn eingetreten sein. Der Leistungsfall muss uns innerhalb von 6 Monaten nach Behandlungsbeginn bei uns geltend gemacht werden.

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

Die Notwendigkeit der psychologischen Betreuung muss uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.28.2 Art und Höhe der Leistung

Die Höchstentschädigung ist auf 1.000 Euro je Versicherungsfall und Versicherungsjahr begrenzt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen gelten Vorfälle, deren Auslöser sich bereits vor Versicherungsbeginn verwirklicht hatten.

2.29 Trostpflaster nach vollstationärem Krankenhausaufenthalt

Wir kümmern uns einmalig um eine kleine Aufmerksamkeit für das versicherte minderjährige Kind (unter 18 Jahre) nach einem Krankenhausaufenthalt mit mindestens einer Übernachtung.

Der medizinisch erforderliche vollstationäre Krankenhausaufenthalt muss aus einem Unfall gemäß Ziffer 1 oder einer Krankheit resultieren.

2.30 Familienvorsorgeversicherung

2.30.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

2.30.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei Geburt oder Adoption eines Kindes während der Laufzeit des Vertrags gilt Folgendes:

Für Neugeborene oder minderjährige Adoptivkinder (unter 18 Jahre) des Versicherungsnehmers besteht für ein Jahr ab dem Tag der Geburt oder dem Tag der Adoption beitragsfrei Versicherungsschutz.

2.30.1.2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungssummen betragen:

- 50.000 Euro für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.4
- 5.000 Euro für den Todesfall
- 20.000 Euro Bergungskosten

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** betragen die Versicherungssummen:

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.5
- 15.000 Euro für den Todesfall
- 100.000 Euro Bergungskosten

Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Vorsorgeversicherung für Kinder, können Sie Leistungen für hinzukommende Personen nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall.

2.30.2 Vorsorgeversicherung für Ehe- oder Lebenspartner

2.30.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Laufzeit des Vertrags gilt Folgendes:

Für Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner des Versicherungsnehmers besteht für ein Jahr ab dem Tag der Heirat bzw. Schließung der eingetragenen Lebenspartnerschaft beitragsfrei Versicherungsschutz.

2.30.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungssummen betragen:

- 50.000 Euro für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.4
- 10.000 Euro für den Todesfall
- 20.000 Euro Bergungskosten

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** betragen die Versicherungssummen:

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.5
- 20.000 Euro für den Todesfall
- 100.000 Euro Bergungskosten

Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Vorsorgeversicherung für Ehe- oder Lebenspartner, können Sie Leistungen für hinzukommende Ehe- oder Lebenspartner nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall.

2.31 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass diese Unfall-Versicherungsbedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – Stand 2020 – abweichen.

Weichen zum Schadenzeitpunkt diese Versicherungsbedingungen von denen des GDV empfohlenen Versicherungsbedingungen zu Ihrem Nachteil ab, werden wir auf Ihren Wunsch nach diesen Bedingungen regulieren.

2.32 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt:

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

2.33 Vorversicherungsgarantie

Bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** gilt:

Sollten die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen der BGV-Versicherung AG am Schadentag von denen des unmittelbaren zeitlich angrenzenden Vorvertrages eines anderen in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherers zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen, so wird die BGV-Versicherung AG auf Wunsch des Versicherungsnehmers den Schaden nach den Bedingungen des unmittelbaren Vorvertrages regulieren.

Der Nachweis (in Form von Versicherungsscheinen, Besonderen Bedingungen, Risikobeschreibungen, Verbraucherinformationen und Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen) obliegt dem Versicherungsnehmer.

Dies gilt nicht für:

- Umdeckungen nach einer Kündigung des Vorversicherers;
- Deckungserweiterungen, die bei der Eindeckung bei der BGV-Versicherung AG hätten vereinbart werden können;
- höhere Versicherungssummen bzw. Progressionen des Vorvertrages bzw. Ersatzleistungen und höhere Maximierungen des Vorvertrages;
- Risiken oder Personen, deren Versicherung aus rechtlichen Gründen nicht erlaubt ist (z. B. aufgrund von Embargos, Non-Admitted-Ländern etc.);
- Erweiterungen des Geltungsbereiches;
- Bestimmungen, die die zeitliche Geltung des BGV-Vertrages abändern;
- Versicherungsorte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Die Vorversicherungsgarantie gilt für die Laufzeit des Vertrages, längstens für die Dauer von 5 Jahren nach Vertragsbeginn und bezieht sich auf das gemäß dem BGV-Versicherung AG-Vertrag versicherte Risiko.

Die Entschädigung aus der Vorversicherungsgarantie gilt für die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren. Diese werden wir bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 Euro je Versicherungsjahr berücksichtigen, wenn sie

- in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen.
- als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können. Sie gilt somit nicht für Leistungsarten, die nur gegen Beitragszahlung in diesem Vertrag vereinbart werden können.

2.34 Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Die nachfolgenden, gemeinsamen Bestimmungen für Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik), gelten sofern auf dem Versicherungsschein vereinbart:

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Hundert Euro,
- für die Unfallrente, das Tagegeld und das Krankenhaustagegeld auf volle Euro.

Ausschließlich die Versicherungssummen für die Leistungsarten

- Invalidität
- Unfallrente
- Tagegeld
- Krankenhaustagegeld
- Todesfall

nehmen an der Erhöhung teil.

Hier nicht ausdrücklich aufgeführte Leistungsarten oder Leistungserweiterungen nehmen an der Erhöhung nicht teil.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform auf Ihrer Jahresrechnung.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von 6 Wochen nach Zugang 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 gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

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

3.1 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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Anrechnung des Mitwirkungsanteils

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 Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfalleistung 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.

3.2.2 Verzicht auf die Anrechnung

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart eingeschränkt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremder Hilfe bedürfen. Dies gilt insbesondere für schwer oder schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der Pflegegrade 3 bis 5 der sozialen Pflegeversicherung.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person zum vorgenannten Absatz nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

Wir zahlen den entrichteten Beitrag für nicht versicherbare Personen ab dem Eintritt der Versicherungsunfähigkeit zurück, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre gemäß Ziffer 14.1.

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

5.1.1 Bewusstseinsstörungen oder Anfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen (z. B. durch Drogenkonsum), Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfallereignisse gemäß Ziffer 1.4.15. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.2 Straftaten

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Versicherungsschutz besteht jedoch für minderjährige Kinder (unter 18 Jahre) oder Entmündigte bzw. gesetzlich Betreute, bei Unfällen gemäß Ziffer 1.4.32 und 1.4.33. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.3 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle gemäß Ziffer 1.4.28. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht

5.1.4 Luftfahrt und Luftsport

Kein Versicherungsschutz besteht für 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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle gemäß Ziffer 1.4.29 und 1.4.30. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.5 Rennveranstaltungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (einschließlich Motorbooten). Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Fahrtveranstaltungen gemäß Ziffer 1.4.31. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.1.6 Kernenergie

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.1.7 Sportunfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Sportunfälle, die die versicherte Person

- als Berufssportler oder
- als Vertragsamateur oder -sportler in der ersten, bei Handball und Eishockey in der ersten oder zweiten und bei Fußball in der ersten, zweiten oder dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse oder
- bei der Sportausübung im Rahmen der Sportförderung von Polizei, Bundeswehr und ähnlichen Einrichtungen erleidet.

Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Sportunfälle, wenn die versicherte Person aus ihrer sportlichen Tätigkeit den überwiegenden Teil (d. h. mehr als 50 Prozent) ihres Einkommens bezieht. Der Ausschluss greift nicht, wenn die Bruttoeinnahmen aus dem Sport nicht mehr als 500 Euro im Monat bzw. 6.000 Euro im Jahr betragen. Zu diesen Einnahmen zählen feste Gehälter, Sieg- oder Antrittsprämie, Preisgelder, Einnahmen aus Werbeverträgen, Mäzenatentum und Sponsoring oder anderweitigen Zuwendungen.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

5.2.1 Bandscheibenschäden und Blutungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden, die überwiegend (d. h. zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis gemäß Ziffer 1.3 verursacht wurden, sofern für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Strahlenschäden im Zusammenhang mit Kernenergie

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie.

5.2.3 Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Heilmaßnahmen oder Eingriffe gemäß Ziffer 1.4.16 und 1.4.17. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden aufgrund von Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Infektionen gemäß Ziffer 1.4.18, 1.4.19, 1.4.20, 1.4.21, 1.4.22 und 1.4.23. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Versicherungsschutz besteht jedoch für Vergiftungen gemäß Ziffer 1.4.6. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.6 Krankhafte Störungen durch psychische Reaktionen

Kein Versicherungsschutz besteht für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers einer Straftat

Versicherungsschutz besteht jedoch für psychische Erkrankungen gemäß Ziffer 1.4.25. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Kein Versicherungsschutz besteht für Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden, die durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden sind, sofern für die Einwirkung Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6. Was müssen Sie bei einer Tarifänderung und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Die Beiträge werden unter Berücksichtigung der Tarifgruppe und des Alters der zu versichernden Person berechnet. Das Alter der zu versichernden Person ist auch für alle Änderungen eines bereits bestehenden Vertrages (z. B. Ein-/Ausschluss von Leistungsarten, Summenerhöhungen) maßgebend. Das Alter

der zu versichernden Person ermitteln wir zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns oder der Vertragsänderung.

Folgende Tarifgruppen und Altersklassen liegen dem Tarif zu Grunde:

Tarifgruppen	Altersklassen
Kinder und Jugendliche:	0-6 Jahre
	7-12 Jahre
	13-17 Jahre
Erwachsene:	18-25 Jahre
	26-30 Jahre
	31-35 Jahre
	36-40 Jahre
	41-45 Jahre
	46-50 Jahre
	51-55 Jahre
56-60 Jahre	
61-64 Jahre	
Ab 65 Jahre	

6.1 Tarifänderung aufgrund der Einstufung in eine andere Altersklasse oder Tarifgruppe

6.1.1 Umstellung des Kindertarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.6), in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Erwachsene um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend der neuen Risikoeinstufung.

oder

2. Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag nach den aktuellen Tarifmerkmalen.

6.1.2 Umstellung des Erwachsenentarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.6), in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Erwachsene ab 65 Lebensjahren um.

Ab diesem Zeitpunkt passen wir die Beiträge jährlich an das Alter der versicherten Person an.

Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend der neuen Risikoeinstufung.

oder

2. Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag nach den aktuellen Tarifmerkmalen.

6.1.3 Frist zur Mitteilung

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht gemäß Ziffer 6.1.1 und 6.1.2 informieren. Haben Sie bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der 2. Wahlmöglichkeit fort.

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 die Gefahrengruppenzuordnung. Maßgebend für die Gefahrengruppenzuordnung ist nicht der erlernte Beruf, sondern die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit.

6.2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

6.2.3 Verzehensklausel

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und Sie nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt haben. Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

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 Hinzuziehen eines Arztes

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. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

7.2 Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben

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

7.3 Untersuchungen durch beauftragte Ärzte zur Prüfung unserer Leistungspflicht

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

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

Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 Promille der versicherten Invaliditätssumme höchstens jedoch 1.500 Euro.

Beachten Sie bei der Leistungsart Kinderrente bei Krankheit die Verhaltensregeln gemäß Ziffer 2.2.4.7.

7.4 Auskünfte zur Prüfung unserer Leistungspflicht

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.

Beachten Sie bei der Leistungsart Kinderrente bei Krankheit die Verhaltensregeln gemäß Ziffer 2.2.4.7.

7.5 Frist zur Meldung des Todesfalles

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 8 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.

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Das gilt 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 3 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 Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln gemäß Ziffer 7.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 1 Promille der vereinbarten Versicherungssumme.
- bei Unfallrente bis zu 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.
- bei Tagegeld und Krankenhaustagegeld jeweils bis zu einem Tagessatz.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 1 Prozent der jeweils vereinbarten Versicherungssumme, maximal 1.000 Euro.

Abweichend vom vorgenannten Absatz übernehmen wir bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, in voller Höhe.

Sonstige Kosten (z. B. Reisekosten, Verdienstausfall) 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 2 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 Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades 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 5 Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu 2 Jahre 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 niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

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

9.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Für alle Leistungsarten mit Kostenersatz gelten folgende Grundsätze:

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Die in diesen Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

Die Vertragsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (12:00 Uhr mittags) und des Beginns dieses Vertrages (24:00 Uhr bzw. 00:00 Uhr) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum Versicherungsschutz.

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 verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben, oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine 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 Kündigung bei Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne § 61a Sozialgesetzbuch XII oder
- Geisteskrankheit

ärztlich festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person nach Vorlage

- des Bescheids der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades oder
- der Bestätigung des Krankenversicherers über eine Aufenthaltsunterbringung bzw. ständige Begleitung im Falle einer Geisteskrankheit ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

10.5 Vertragsbeendigung bei Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Erst- oder Hauptwohnsitz ins Ausland, endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Der Vertrag endet mit dem Datum des Auszugs auf der amtlichen Abmeldebescheinigung.

10.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 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 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 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 Versicherungssteuer

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

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

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 2 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 gemäß 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

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

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

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - 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

11.6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Versicherer übernimmt bei Vereinbarung der **Produktlinie Exklusiv** vorübergehend, die Beitragszahlung für den Versicherungsvertrag, wenn der Versicherungsnehmer unfreiwillig arbeitslos wird. Unfreiwillige Arbeitslosigkeit liegt auch dann vor, wenn der Versicherungsnehmer und dessen Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis einvernehmlich durch Aufhebungsvertrag beendet haben.

Die Leistung des Versicherers gemäß dem vorgenannten Absatz ist ausgeschlossen

- bei Selbständigkeit des Versicherungsnehmers;
- wenn der Erstbeitrag für diesen Versicherungsvertrag nicht bezahlt wurde;

- wenn die Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers vor Ablauf von 3 Monaten nach Abschluss dieses Vertrages eingetreten ist (Wartezeit);
- wenn das Arbeitsverhältnis wegen fristloser Kündigung beendet worden ist;
- wenn der Versicherungsnehmer sein Arbeitsverhältnis selbst gekündigt hat;
- wenn sich der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bereits im Mahnverfahren befindet.

Die Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung sind:

- Der Versicherungsnehmer war bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate ununterbrochen bei demselben Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt gewesen.
- Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht der Bundesanstalt für Arbeit.
- Der Versicherungsnehmer legt eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit vor, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt. Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet ist, Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld bezieht und sich aktiv um Arbeit bemüht.

11.6.2.2 Leistungsdauer

Der Anspruch auf Übernahme der Beitragszahlung durch den Versicherer besteht für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für die Dauer von zusammenhängend 12 Monaten.

Die Übernahme der Beitragszahlung durch den Versicherer ist während der Gesamtlauzeit des Versicherungsvertrages auf maximal zwei Inanspruchnahmen begrenzt.

11.7 Beitragsanpassung

Um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen und eine sachgemäße Tarifierung sicherzustellen, ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, einmal im Kalenderjahr durch eine neue Kalkulation der Tarifbeiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob diese Tarifbeiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) aufgrund der erwarteten Schadenentwicklung vorgenommen werden muss. Die Berechnung des Anpassungssatzes hat nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu erfolgen. Die Beiträge können für Teile des Gesamtbestands, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren getrennt ermittelt werden. Der Versicherer ist berechtigt den Beitragssatz für die bestehenden Verträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend anzupassen.

Der Versicherer ist außerdem berechtigt/verpflichtet, durch gesetzlich vorgeschriebene Änderungen des betriebsnotwendigen Sicherheitskapitals entstehende Kapitalkosten oder durch unvorhersehbare vom Versicherer nicht beeinflussbare Kostenentwicklungen im Bereich Sach, Personal, Rückversicherung sowie Dienstleisterkosten (wie z.B. Malteser oder Reha-Assist), die sich seit der letzten Beitragsänderung ergibt, auf den Nettobeitrag anzuwenden.

Die Beitragsänderungen aufgrund gesetzlicher Änderungen werden ab der nächsten Beitragsfälligkeit angewandt und sind auf maximal 20 % des Beitrages begrenzt.

Sofern sich aufgrund der Neukalkulation der Tarifbeitrag für bestehende Verträge verändert hat, kann der Versicherer pro 1.000 EUR Versicherungssumme für bestehende Verträge, auch soweit sie für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, mit Wirkung von Beginn der nächsten Versicherungsperiode entsprechend anpassen. Dabei darf der geänderte Tarifbeitrag für bestehende Verträge den im Zeitpunkt der Änderung geltenden Tarifbeitragssatz für neu abzuschließende Verträge bei gleichem Deckungsumfang sowie gleichen Tarifierungsmerkmalen nicht übersteigen. Der Anpassungssatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung der Beitragserhöhung mit Wirkung frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung kündigen oder wahlweise die Umstellung des Vertrages auf Neuschäftstarif und -bedingungen verlangen. Über die Rechtsfolgen ist der Versicherungsnehmer in Textform zusammen mit der Mitteilung über die Beitragserhöhung, jedoch spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung der Prämie zu belehren. Als Hinweis zu den Rechtsfolgen ist mindestens die entsprechende Ziffer in den Verbraucherinformationen zu Ihrer Unfallversicherung (AUB 2023) zu nennen.

Die Kündigung des Versicherungsnehmers ist in Textform zu erklären.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles,
- 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 Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

13.3 Voraussetzungen 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 5 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 10 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 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

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. Welches Gericht ist zuständig?

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

15.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag 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 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie

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.

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

16.1 Mitteilungen an uns

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

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 3 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. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Gesellschaften der Unternehmensgruppe BGV | Badische Versicherungen.

Des Weiteren informieren wir Sie über die Ihnen nach dem aktuellen Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

BGV | Badische Versicherungen
Durlacher Allee 56
76131 Karlsruhe

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter
BGV | Badische Versicherungen
Durlacher Allee 56
76131 Karlsruhe
E-Mail-Adresse: datenschutzbeauftragter@bgv.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Darüber hinaus haben sich die Gesellschaften der Unternehmensgruppe BGV / Badische Versicherungen freiwillig zur Einhaltung der "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet. Ab dem 25.05.2018 verlieren diese Regeln in der bisherigen Form ihre Gültigkeit. Sie werden zurzeit überarbeitet. Sobald die Genehmigung dieser Regeln durch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde vorliegt, ist deren Einhaltung für unsere Gesellschaften verbindlich.

Bei einem Antrag auf Versicherungsschutz benötigen wir die von Ihnen dazu gemachten Angaben für den Abschluss des beantragten Versicherungsvertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt mit Ihnen und uns der beantragte Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

In einem Schadenfall benötigen wir Angaben zum Schaden, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung eines Versicherungsvertrages sowie die Bearbeitung von Schäden sind 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 uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Bewertung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung oder für eine umfassende Auskunftserteilung.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 lit. b) EU-DSGVO.

Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungs- oder Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir vor einer Verarbeitung dazu Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 lit. a) in Verbindung mit Artikel 7 EU-DSGVO ein.

Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 lit. j) EU-DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 lit. f) EU-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 Unternehmensgruppe BGV / Badische Versicherungen sowie für Markt- und Meinungsumfragen der Unternehmensgruppe BGV / Badische Versicherungen,
- 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 um unsere Beratungspflichten erfüllen zu können. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung in diesem Fall sind die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 lit. c) EU-DSGVO.

Für den Fall, dass wir beabsichtigen, Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck zu verarbeiten, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zuvor darüber informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertragsdaten und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser ein zu versicherndes Risiko oder einen Versicherungsfall selbst einschätzen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unsere Gesellschaften 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 des Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist, bzw. in dem Umfang, wie es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung der durch ihn vermittelten Verträge benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadensdaten.

Auch übermitteln unsere Gesellschaften 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 Bereiche unserer Unternehmensgruppe übernehmen zentral bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Unternehmensgruppe verbundenen Gesellschaften. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe besteht, können Ihre Daten z. B. zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch eine Gesellschaft der Unternehmensgruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister:

Zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten haben wir zum Teil externe Dienstleister vertraglich verpflichtet.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter www.bgv.de/datenschutz entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

Weitere Empfänger:

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

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 einen Zeitraum aufbewahrt werden, innerhalb dessen Ansprüche gegen unsere Gesellschaften geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

Außerdem 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 bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse des Verantwortlichen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten.

Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen 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 die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem der Verantwortliche für die Datenverarbeitung seinen Sitz hat.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden zur Unterstützung der

Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei Leistungsprüfungen sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 EU-DSGVO“, auf das Sie über unserer Homepage unter www.bgv.de/datenschutz zugreifen oder direkt bei er informa HIS GmbH anfordern können.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss eines Versicherungsvertrages (z. B. Angaben zu einem Schadenfreiheitsrabatt in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. um Ihre Angaben bei Eintritt eines Versicherungsfalls 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 (Vorversicherer) erfolgen.

Bonitätsprüfung

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zwecke der Bonitätsprüfung und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten, an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 lit. b) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der EU-DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unserer Gesellschaften oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information gem. Artikel 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), auf das Sie über unsere Homepage unter www.bgv.de/datenschutz zugreifen oder direkt bei der infoscore Consumers Data GmbH anfordern können.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, die von Ihnen bei Antragstellung abgefragt werden, entscheiden wir teilweise vollautomatisiert über das Zustandekommen eines Vertrages und über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zu einem Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten dazu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von unseren Gesellschaften vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

Werden Anträge auf Abschluss eines Vertrages oder gemeldete Schäden durch eine automatisierte Einzelfallentscheidung abgelehnt, werden diese Ablehnungen vor einer endgültigen Mitteilung an Antragsteller von einem Mitarbeiter des zuständigen Fachbereichs manuell überprüft.



BGV Badische Versicherungen
Telefon: 0721 660-0
www.bgv.de