



Vertragsgrundlagen und Verbraucherinformationen
der PHÖNIX Schutzgemeinschaft
Assekuradeur GmbH zur
Unfallversicherung PHÖNIX Unfall Premium

Verantwortung verbindet.



Inhalt

I.	Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung PHÖNIX Unfall Premium	3
II.	Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer	5
III.	Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	7
IV.	Widerrufsbelehrung	8
V.	Informationen zu außergerichtlichen Rechtsbehelfen	9
VI.	Hinweis zum Datenschutz	10
VII.	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) Tarif PHÖNIX Unfall Premium	12
VIII.	Besondere Vereinbarungen und Bestimmungen zur Unfallversicherung PHÖNIX UV	45



I. Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung PHÖNIX Unfall Premium

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen:
INTER Allgemeine Versicherung AG und
PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH

Produkt:
Tarif PHÖNIX Unfall
Premium

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 und Genesungsgeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.
- ✓ Kurkostenbeihilfe
- ✓ Kostenerstattung für unfallbedingte kosmetische Operationen
- ✓ Bei Unfalltod Auszahlung einer Todesfallsumme

Die Leistungsarten 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).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
 - ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
 - ! Bandscheibenschäden
 - ! Unfälle als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts
 - ! Unfälle durch Kernenergie
- Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

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



Wann und wie zahle ich?

Den ersten 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 gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.



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 den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.



II. Allgemeine Informationen für den Versicherungsnehmer

1. Identität und ladungsfähige Anschrift

1.1. des Versicherers:

INTER Allgemeine Versicherung AG
Erzbergerstr. 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon: 0621 / 427 427
Telefax: 0621 / 427 944
E-Mail: info@inter.de

Registergericht:
Handelsregister-Nr. HRB 3181 beim Amtsgericht Mannheim
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE167724887
Versicherungsteuernummer: 9116 / 801 / 00111

Vorstand:
Roberto Svenda (Sprecher), Dr. Sven Koryciorz,
Michael Schillinger

Aufsichtsrat:
Peter Thomas (Vorsitzender)

1.2. des Assekuradeurs

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH
Glockengießerwall 2
20095 Hamburg
Telefon: 040 / 299 9400
E-Mail: info@phoenix-versichert.de

Registergericht:
AG Hamburg HR B 40179
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE167724887
Steuernummer: 48 / 75003807

Geschäftsführung:
Oliver Drewes, Stefan Klahn, Frank Löffler

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Als privates Versicherungsunternehmen besteht die Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Sachversicherungen, Haftpflichtversicherungen, Unfallversicherungen und Technischen Versicherungen.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

3. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich nach vorliegendem Antrag aus den hierfür maßgebenden Versicherungsbedingungen für die PHÖNIX Unfallversicherung, sowie ggf. Besonderen Bedingungen, Risikobeschreibungen, Klauseln, Pauschaldeklarationen und Sicherungsrichtlinien sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Diese Unterlagen enthalten auch Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung.

4. Prämienzahlung

Die Grundsätze der Prämienzahlung sind in den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung beschrieben.

Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats ist jährliche, halbjährliche, vierteljährliche und monatliche Zahlungsweise möglich.

Wenn kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, ist nur die jährliche Zahlungsweise möglich (Selbstzahler).

Die Mindestprämie zzgl. Versicherungssteuer beträgt bei halbjährlicher Zahlungsweise 30 Euro, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 15 Euro und bei monatlicher Zahlungsweise 5 Euro.

5. SEPA-Lastschriftmandat:

Im Falle einer Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates gilt Folgendes:

Sie ermächtigen uns widerruflich, die zu entrichtenden Versicherungsbeiträge zu Lasten des von Ihnen genannten Kontos mittels Einziehungsauftrag (Lastschrift) einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten aus dem Widerspruch gegen eine berechtigte Abbuchung oder Rücklastschrift mangels ausreichender Kontodeckung gehen zu Ihren Lasten.

Sie können innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

6. Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins beim Versicherungsnehmer zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Ablauf der Widerspruchsfrist zahlt. Bei Lastschriftverfahren ist die Zahlung der Erst- oder Folgeprämie rechtzeitig, wenn wir zum genannten Zeitpunkt einziehen konnten und nicht gegen die Lastschrift Widerspruch eingelegt wurde.

7. Gültigkeitsdauer des Angebots

Angebote sind für uns ab Erstellungsdatum vier Wochen bindend, es sei denn durch eine gesetzliche Vorschrift ist eine Änderung notwendig oder ein zwischenzeitlich eingetretenes Ereignis, (entsprechend der Antragsfragen) bedingt eine erneute Antragsprüfung.

8. Angaben zur Laufzeit

Die Angaben zur Laufzeit Ihres Versicherungsvertrags entnehmen Sie bitte dem Antragsformular. Dort ist die von Ihnen gewünschte Vertragsdauer eingetragen. Sie ist auch im Versicherungsschein abgedruckt.



9. Vertragliche Kündigungsmöglichkeiten

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens vor dem Ablauf des Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von drei oder mehr Jahren kann der Vertrag zum Ablauf des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat von Ihnen gekündigt werden. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr und bei Verträgen, die von vornherein einen festen Endtermin vorsehen, endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Im Übrigen besteht ein Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

- › Für den Versicherer und den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall
- › Für den Versicherer bei Nichtzahlung der Folgeprämie

Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung entnehmen. Gesetzliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

10. Anzuwendendes Recht

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

11. Anzuwendende Sprache

Die Bedingungen, alle weiteren Vertragsbestimmungen und diese Verbraucherinformation werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags wird in deutscher Sprache geführt.



III. Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag 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 PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg, 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 der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

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

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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.



IV. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail, E-Postbrief) widerrufen. Haben Sie einen Antrag unterschrieben, beginnt die Frist erst dann zu laufen, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Haben Sie ein Angebot angefordert, beginnt die Frist am Tag, nachdem Sie Ihre Annahmeerklärung zum Vertragsangebot an uns abgesendet haben. Unabhängig davon beginnt die Frist erst dann zu laufen, wenn Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH
Glockengießerwall 2
20095 Hamburg

› per Telefax: 040 / 299 940 9570

› per E-Mail: info@phoenix-versichert.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. Dieser Betrag wird zeitanteilig berechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.



V. Informationen zu außergerichtlichen Rechtsbehelfen

1. Versicherungsombudsmann

Als Verbraucher haben Sie die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann zu wenden:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 / 696 000
Telefax: 0800 / 369 900
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens, solange die geltend gemachten Ansprüche nicht verjährt sind. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig, entschieden oder geschlichtet worden sein. Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns sechs Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben. Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 Euro trifft der Ombudsmann eine Entscheidung, an die wir gebunden sind. Ihnen steht dagegen weiterhin der Weg zum Gericht offen. Bei Beschwerden mit einem Wert von über 10.000 Euro spricht der Ombudsmann eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung aus. Ab einem Beschwerdewert von 100.000 Euro ist ein Verfahren vor dem Ombudsmann nicht mehr möglich. Durch die Einlegung der Beschwerde bei dem Ombudsmann wird Ihr Recht auf Beschreiten eines Rechtswegs bei den ordentlichen Gerichten nicht berührt.

2. Beschwerden

Bei Beschwerden können Sie sich direkt an die den INTER Allgemeine Versicherung AG (INTER) oder die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH (PHÖNIX) wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit der INTER oder PHÖNIX über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die unter Nr. 1 genannte Aufsichtsbehörde wenden. Neben den Rechtsbehelfen nach Nr. 1 und 2 bleibt die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen unberührt.

3. Verwender dieser Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wurden durch die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH mit dem Versicherer verhandelt und erweitert. Verwender dieser Versicherungsbedingungen bleibt der Versicherer. Insbesondere Auslegungsfragen und Unklarheiten in den Versicherungsbedingungen gehen zu Lasten des Versicherers. Die Versicherungsbedingungen wurden nicht von der PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH erstellt, sondern von der INTER Allgemeine Versicherung AG.



VI. Hinweis zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH (im Folgenden „PHÖNIX“) und die INTER Allgemeine Versicherung AG (im Folgenden „INTER“) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortliche

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung PHÖNIX

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH
Glockengießerwall 2
20095 Hamburg
Telefon: 040 / 299 9400
Fax: 040 / 299 940 9530
E-Mail: info@phoenix-versichert.de

Kontakt Daten Datenschutzbeauftragter

Andreas Sutter
c/o disphere interactive GmbH
Ungerer Str. 112, 80805 München
datenschutz@phoenix-versichert.de
www.disphere.com

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung INTER

INTER Allgemeine Versicherung AG
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon: 0621 / 427 427
E-Mail: info@inter.de

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten

- › per Post an die oben genannte Anschrift mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder
- › per E-Mail an die Adresse datenschutzbeauftragter@inter.de

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des zu übernehmenden Risikos.

Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der INTER Allgemeine Versicherung AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung/-ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

- › zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- › zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- › zur Verifizierung Ihrer bei uns angegebenen Adresse vor der Zustellung von Schriftstücken.

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

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

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

3.1. Versicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei Versicherungsunternehmen. Dafür ist es erforderlich, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an Versicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Versicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Versicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Versicherern finden Sie unter Ziffer 1. „Verantwortliche“.



3.2. Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten.

Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

3.3. Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung externer Dienstleister können Sie unter der E-Mail-Adresse datenschutz@phoenix-versichert.de anfordern.

3.4. Weitere Empfänger

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

3.5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind.

Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

3.6. Betroffenenrechte

Sie können unter der in Ziffer 1. genannten Adressen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

3.7. 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.

3.8. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Ludwig-Erhard-Str. 22

7. OG

20459 Hamburg

Telefon: 040 / 428 544 040

Fax: 040 / 428 544 000

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

3.9. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des 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 erfolgen.

3.10. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis der von Ihnen gemachten Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert bei der Antrags- sowie der Vertragsbearbeitung. Die Entscheidung erfolgt dabei insbesondere auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmale.

Die vollautomatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken und den daraus abgeleiteten Regeln und Bearbeitungsrichtlinien.

3.11. Weiterer Personenkreis

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.) geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.



VII. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) Tarif PHÖNIX Unfall Premium

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 2022) Premium 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 daher diese Unfallversicherungsbedingungen 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.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH

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 andere Personen sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhalt

Der Versicherungsumfang	14	2.8. Gestrichen	19
1. Was ist versichert?	14	2.9. PlusCare	19
1.1. Grundsatz	14	2.10. Gestrichen	23
1.2. Geltungsbereich	14	Beitragsfreie Leistungen	
1.3. Unfallbegriff	14	2.11. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz	23
1.4. Erweiterter Unfallbegriff	14	2.12. Kur- und Reha-beihilfe	24
1.5. Einschränkungen unserer Leistungspflicht	15	2.13. Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	24
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	15	2.14. Reha-Management	24
Wählbare beitragspflichtige Leistungsarten		2.15. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	26
2.1. Invaliditätsleistung	15	2.16. Psychologische Betreuung	26
2.2. Unfall-Rente	16	2.17. Familien-Vorsorge-Versicherung	26
2.3. Gestrichen	17	2.18. Sofortleistung bei Schwerverletzungen	27
2.4. Krankenhaustagegeld	17	3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	27
2.5. Gestrichen	18	3.1. Krankheiten und Gebrechen	27
2.6. Hinterbliebenenschutz	18	3.2. Mitwirkung	27
2.7. Gestrichen	19	4. Welche Personen sind nicht versicherbar?	28



5. Was ist nicht versichert?	28
5.1. Ausgeschlossene Unfälle	28
5.2. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	29
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und bei der Umstellung des bestehenden Tarifs ab Vollendung des 63. Lebensjahres zu beachten?	30
6.1. Umstellung des Kinder-Tarifs	30
6.2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	30
6.3. Umstellung des bestehenden Tarifs ab Vollendung des 63. Lebensjahres	31
Der Leistungsfall	32
7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	32
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	32
9. Wann sind die Leistungen fällig?	32
9.1. Erklärung über die Leistungspflicht	32
9.2. Fälligkeit der Leistung	33
9.3. Vorschüsse	33
9.4. Neubemessung des Invaliditätsgrads	33
Die Versicherungsdauer	33
10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	33
10.1. Beginn des Versicherungsschutzes	33
10.2. Dauer und Ende des Vertrages	33
10.3. Kündigung nach Versicherungsfall	33
10.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	34
10.5. Vertragsbeendigung bei Verlegung Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	34
10.6. Versicherungsjahr	34
Der Versicherungsbeitrag	34
11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	34
11.1. Beitrag und Versicherungssteuer	34
11.2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erster Beitrag	34
11.3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag	34
11.4. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	35
11.5. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	35
11.6. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	35

Weitere Bestimmungen	35
12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	35
12.1. Fremdversicherung	35
12.2. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	35
12.3. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	35
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	36
13.1. Vorvertragliche Anzeigepflicht	36
13.2. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	36
13.3. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	36
13.4. Anfechtung	37
13.5. Erweiterung des Versicherungsschutzes	37
14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	37
14.1. Gesetzliche Verjährung	37
14.2. Aussetzung der Verjährung	37
15. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	37
15.1. Ihre Beschwerdemöglichkeiten	37
15.2. Zuständige Gerichte	37
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	37
17. Welches Recht findet Anwendung?	38
18. Embargobestimmung	38
19. Leistungs-Upgrade-Garantie	38
20. Garantie GDV Mindeststandard	38
21. Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ empfohlenen Mindestleistungsstandards	38
22. Konditionsdifferenzdeckung	38
Besondere Bedingungen (BB)	
BB für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik 2022, Modell 3)	40
BB für den Einschluss von Infektionen für bestimmte Berufsgruppen (BB Infektionen 2022)	41
BB für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 225 %)	42
BB für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 350 %)	43
BB für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 500 %)	44
BB für Service-Leistungen (BB Service 2022)	45



Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1. Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2. Geltungsbereich

Der 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. Als Unfall gelten auch, durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- › Verrenkungen eines Gelenks an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.
- › Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule.
- › Bauch- oder Unterleibsbrüche (z. B. Leistenbruch).
- › Knochenbrüche.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln.

Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

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

1.4.2. Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- › Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre),
- › Nahrungsmittelvergiftungen,
- › Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren durch unabwendbare Umstände bis zu 7 Tagen ausgesetzt gewesen ist,
- › Pflanzenvergiftungen, die 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 die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Gesundheitsschäden (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

Für versicherte Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht darüber hinaus auch Versicherungsschutz in nachfolgenden Fällen:

Als Unfallereignis gelten auch Vergiftungen durch

- › Tabak
- › Alkohol

die das Kind, auch wenn es von den entsprechend verantwortlichen Personen nicht beaufsichtigt war, eingenommen, ausprobiert, ausgespuckt oder heruntergeschluckt hat.

1.4.3. Mitversichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen durch

- › Ertrinken,
- › Erstickten,
- › Erfrieren, auch von einzelnen Körperteilen,
- › Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug,
- › die Nicht- oder Falscheinnahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme,
- › Sonnenbrand oder Sonnenstich

soweit die versicherte Person die Gesundheitsschädigung unfreiwillig erlitten hat.

1.4.4. 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.

1.4.5. Ebenfalls besteht Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen) auch ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

Die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen erstatten wir bis zu einem Betrag in Höhe von 100.000 Euro je Schadenfall.

Die Kostenübernahme erfolgt allerdings nur, sofern nicht ein anderer Kostenträger dafür eintritt. Werden die Kosten von diesem nur anteilig übernommen, erstatten wir den Restbetrag.

1.4.6. Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser- und ultravioletten Strahlen unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben:

- › Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- › Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.



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) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können sowie deren Voraussetzungen, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

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

Wählbare beitragspflichtige Leistungsarten

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 drei Jahre bestehen wird und
- › eine Änderung dieses Zustandes 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
- › 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 24 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.

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 Leistung für Hinterbliebenenschutz (Ziffer 2.6), 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.

2.1.2.2. Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4)

2.1.2.2.1. Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten

ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade Invaliditätsgrade (für die Unfallrente gemäß Ziffer 2.2 gelten ausschließlich die Prozentwerte in Klammern).

Arm	100 %	(80 %)
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %	(80 %)
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %	(75 %)
Hand	90 %	(70 %)
Daumen	45 %	(30 %)
Zeigefinger	30 %	(20 %)
Mittelfinger	20 %	(13 %)
Ringfinger	20 %	(13 %)
kleiner Finger	15 %	(10 %)
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal	90 %	(70 %)
Bein über der Mitte des Oberschenkels	100 %	(80 %)
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %	(75 %)
Bein bis unterhalb des Knies	100 %	(65 %)
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %	(60 %)
Fuß	75 %	(55 %)



große Zehe	20 %	(15 %)
andere Zehe	10 %	(5 %)
Auge	80 %	(80 %)
zweites Auge, wenn auf dem anderen die Sehfähigkeit bereits eingeschränkt oder verloren war	100 %	(80 %)
Gehör auf einem Ohr	50 %	(50 %)
Gehör auf beiden Ohren	100 %	(80 %)
Geruchssinn	30 %	(20 %)
Geschmackssinn	30 %	(20 %)
Verlust der Stimme	100 %	(100 %)
Niere	30 %	(20 %)
beide Nieren	100 %	(100 %)
Niere, falls die andere Niere bereits verloren/vollständig funktionsunfähig war	100 %	(100 %)
Milz	20 %	(10 %)
Gallenblase	20 %	(10 %)
Magen	30 %	(20 %)
Lungenflügel	50 %	(50 %)
Darm (jeweils für Zwölffinge-, Dünn- und Dickdarm)	30 %	(25 %)

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

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 % (= ein Zehntel von 80 %).

2.1.2.2.2. Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und 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.

2.1.2.2.3. Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % (=ein Zehntel von 80 %). Diese 8 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72%.

2.1.2.2.4. 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 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:

Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.3. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.2.4. Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen (Helmbonus)

2.1.2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet beim

- › Fahrrad-, Laufrad- oder Einradfahren
- › Inliner-, Rollschuh-, Roller- oder Skateboardfahren
- › Ski- oder Snowboardfahren
- › Reiten

durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung und hat dabei nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm, der den Sicherheitsnormen entspricht, getragen.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern oder beim Transport im Fahrradkindersitz.

2.1.2.4.2. Art und Höhe der Leistung

Wir erhöhen die sich aus der festgestellten Invalidität ergebende Entschädigungsleistung um 10%.

2.2. Unfall-Rente

2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffer 2.1.1, Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3.

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



Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen (Besondere Bedingungen für die Versicherung der verbesserten Gliedertaxe „Arm & Sinne“, „Arm & Bein“ oder „Ärzte“) bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2.2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente 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

2.2.3.1. Wir zahlen die Unfall-Rente

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

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

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

2.3. Gestrichen

2.4. Krankenhaustagegeld

2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- › ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Dazu zählt auch die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (sogenannte gemischte Institute).

oder

- › unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.

Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

Beispiel:

Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses

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

2.4.2. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen 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.

Bei mehreren ambulanten Operationen wegen desselben Unfalls wird das Krankenhaustagegeld nur einmal gezahlt.

2.4.3. Komageld

2.4.3.1. Wir zahlen für jeden Kalendertag ein zusätzliches Tagegeld in Höhe von 30 Euro an dem sich die versicherte Person aufgrund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet, längstens jedoch für ein Jahr ab dem Unfalltag.

2.4.3.2. Diese Leistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

2.4.4. Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir

- › für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land,
- › das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe,
- › höchstens jedoch für 1 Monat.

Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.

2.4.5. Unterbringung im Einbettzimmer und Chefarztbehandlung

2.4.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

Für alle Personen, die Krankenhaustagegeld von 20 Euro oder mehr versichert haben, gilt:

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskosten-vollversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind.

Erstattungsfähig im tariflichen Umfang sind Aufwendungen, gemäß Ziffer 2.4.5.2, für stationäre Heilbehandlung und stationärsersetzende ambulante Operationen, die als Folge eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfalltag entstehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

2.4.5.2. Art und Höhe der Leistungen

2.4.5.2.1. Wahlleistungen im Krankenhaus

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung

- › gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und



- › gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons und/ oder eines Fernsehers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen

- › die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und
- › die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht

- › die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer,
- › die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und
- › die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

Der Anspruch erstreckt sich nicht auf eine sich eventuell anschließende notwendige Anschlussrehabilitation, auch wenn diese als Folge des Unfallereignisses anzusehen ist.

Die Leistung aufgrund des Unfallereignisses ist begrenzt auf maximal 20 Tage pro Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4.5.2.2. Ambulante Operationen / Privatärztliche Behandlung

Zu 100 % erstattungsfähig ist die privatärztliche Behandlung bei unfallbedingten ambulanten Operationen, die im nach §115b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe enthalten sind.

Die Kosten werden längstens für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4.5.2.3. Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.4.6. Doppeltes Krankenhaustagegeld für Kinder

Befindet sich das versicherte Kind (bis zum 18. Lebensjahr) auf Grund eines Unfalls in einer Klinik (vollstationäre Heilbehandlung), die mehr als 250 Kilometer vom ständigen Wohnsitz entfernt ist, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe.

2.4.7. Rooming-in

2.4.7.1. Bei einer unfallbedingt medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstatten wir die anfallenden Kosten für die Übernachtung einer erziehungsberechtigten Person des Kindes im Krankenhaus.

Unser Erstattungsbetrag ist je unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt auf maximal 2.000 Euro begrenzt.

Mehrere vollstationäre Behandlungen wegen desselben Unfalls gelten als eine ununterbrochene Behandlung.

2.4.7.2. Diese Leistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

2.4.7.3. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

2.5. Gestrichen

2.6. Hinterbliebenenschutz

2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall.

Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist.

Bitte beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.1.1. Bis zu einem Betrag von 5.000 Euro werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.

2.6.2. Verschollenheit

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

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

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.6.3. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung für Hinterbliebenenschutz in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.4. Zusätzliche Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

2.6.4.1. Wird die versicherte Person als Fahrgast bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch einen Unfall tödlich verletzt, erhöht sich die vereinbarte Leistung für Hinterbliebenenschutz um 25 %, höchstens jedoch um 50.000 Euro. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind dabei mitversichert.

Als öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bedingungen gelten:

Im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßenbahnen, Eisenbahnen, Schiffe und Fähren, Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur.

2.6.4.2. Diese Leistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

2.6.4.3. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.



2.6.5. Zusätzliche Leistung bei Vollwaisen

2.6.5.1. Werden beide versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet, zahlen wir an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder das Doppelte der je Elternteil vereinbarten Leistung für Hinterbliebenenschutz.

Die zusätzliche Leistung ist jedoch auf 25.000 Euro je Elternteil begrenzt.

2.6.5.2. Diese Leistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten jährlichen Erhöhung von

Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

2.6.5.3. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag gemäß Ziffer 2.6.5.1, Satz 2 für alle Verträge zusammen.

2.6.6. Zusätzliche Leistung für Personen ab 50 Jahren bei Tod durch Herzinfarkt oder Schlaganfall

Tod durch Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten bis zu einem Betrag von 5.000 Euro als mitversichert, sofern eine Leistung für Hinterbliebenenschutz vereinbart ist.

2.7. Gestrichen

2.8. Gestrichen

2.9. PlusCare

2.9.1. Was ist versichert?

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfebedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2.9.2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.9.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- › ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt
- und
- › benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit).

2.9.2.2. Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf aus Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 2.9.3 aufgeführten Leistungen.

Der von uns beauftragte Dienstleister koordiniert alle Hilfs- und Pflegeleistungen entsprechend den versicherten Leistungen und überprüft deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Versicherungsfalls.

2.9.2.3. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfebedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

2.9.3. Welche Leistungen sind versichert?

2.9.3.1. Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten.

2.9.3.1.1. Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person täglich mit einer Hauptmahlzeit pro Tag.

Die Mahlzeiten

- › können aus einem Menüangebot des Dienstleisters frei ausgewählt werden.
- › werden täglich warm angeliefert. Sollte dies örtlich nicht möglich sein, werden die Mahlzeiten jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

2.9.3.1.2. Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen.

Hierzu zählen

- › der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich deren Unterbringung
- › Botengänge zur Bank oder zu Behörden
- › das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten
- › das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die Kosten für den Boten tragen wir. Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren (auch Rezeptgebühren) übernehmen wir nicht.

2.9.3.1.3. Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, oder Behördenterminen bis zu zweimal wöchentlich, wenn ein persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person zum Beispiel

- › beim Ein- und Aussteigen,
- › beim Treppensteigen,
- › beim Türen öffnen.

Die Begleitperson leistet keine fachliche oder inhaltliche Unterstützung.

Wir organisieren und übernehmen die Kosten der Begleitung sowie – für Fahrten in einem Umkreis von 50 Kilometern Entfernung vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind.

Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 50 Kilometer vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.



2.9.3.1.4. Fahrdienste zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu

Therapien gebracht und wieder abgeholt.

Wir organisieren und übernehmen die Fahrtkosten für Fahrten in einem Umkreis von 50 Kilometern Entfernung vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind.

Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 50 Kilometer vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

2.9.3.1.5. Reinigung der Wohnung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person einmal wöchentlich im üblichen Umfang (Wohn-, Schlafräume, Küche, Bad und Toilette).

Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

2.9.3.1.6. Wäsche und Kleidung

Wir waschen und pflegen die Wäsche und Kleidung der versicherten Person einmal wöchentlich.

Hierzu zählen

- › das Waschen und Trocknen,
- › das Bügeln
- › das Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie
- › die Pflege der Schuhe.

Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

2.9.3.1.7. Hausnotruf

Wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind (z. B. ein entsprechender Strom- und Telefonanschluss), versorgen wir die versicherte Person bei Bedarf mit einer Hausnotrufanlage mit Funkfinger.

Über diese Anlage ist der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar und kann im

Notfall entsprechende Hilfe veranlassen.

Wir tragen die Kosten für

- › die Anlage und ihre Einrichtung.
- › die laufenden Kosten für sechs Monate vom Unfalltag an gerechnet.
- › den Abbau der Anlage, wenn dieser bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

2.9.3.1.8. Tag- und Nachtwache

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine Tag- und Nachtwache, sofern nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder nach einer unfallbedingten ambulanten

Operation eine intensive Beaufsichtigung der versicherten Person aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der zeitliche Aufwand ist auf 48 Stunden nach Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung oder nach der ambulanten Operation begrenzt.

2.9.3.1.9. Familienhilfe

2.9.3.1.9.1. Leistungen für Familienangehörige der versicherten Person

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles nicht in der Lage ist, für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zu sorgen, werden für bis zu 4 Wochen nachfolgende Leistungen, die unter 2.9.3 beschrieben sind, bei Bedarf auch für den Ehe-/Lebenspartner und die minderjährigen Kinder der versicherten Person erbracht, sofern diese Personen mit der versicherten

Person in häuslicher Gemeinschaft zusammenleben:

- › Menüservice
- › Wohnungsreinigung
- › Besorgungen und Einkäufe
- › Wäsche und Kleidung

2.9.3.1.9.2. Kinderbetreuung

Führt ein Unfall der versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der im Haushalt der

versicherten Person lebenden minderjährigen Kinder (leibliche und/oder Pflegekinder) nicht mehr gewährleistet ist, sorgen wir dafür, dass die Kinder eine qualifizierte Kinder-Betreuung erhalten. Die

Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person.

Die Betreuung umfasst die

- › Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung,
- › Hausaufgabenbetreuung (im Grundschulalter),
- › Zubereitung von Mahlzeiten,
- › Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
- › Hilfe beim An- und Auskleiden und
- › die Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Die Leistungen werden bis zu acht Stunden täglich, bis zu vier Wochen erbracht. In Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

Unsere Leistungen entfallen ganz oder teilweise, wenn sie eine andere Person (z. B. ein Verwandter) übernehmen kann.

Darüber hinaus organisieren wir und übernehmen die Kosten für folgende Fahrdienste in einem Umkreis von 50 Kilometern vom ständigen Aufenthaltsort der versicherten Person, falls die versicherte Person dazu aufgrund des Unfalls nicht in der Lage ist:



- › zum Kindergarten, zur Kindertagesstätte oder zur Schule,
- › zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
- › zu entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden an denen das Kind teilnimmt,
- › zu Arztterminen/ärztlich verordneten Anwendungen des Kindes

und zurück.

Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 50 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

2.9.3.1.10. Nachhilfestunden

Wir vermitteln und übernehmen die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht, wenn das versicherte Kind aufgrund eines Unfalls mindestens 10 Schultage ununterbrochen nicht am Schulunterricht teilnehmen kann.

Die nachgewiesenen Kosten übernehmen wir bis zu 30 Euro pro ausgefallenen Schultag, höchstens jedoch bis 2.000 Euro.

2.9.3.1.11. Haustierbetreuung

Wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls nicht im Stande ist, ihr vorhandenes Haustier zu versorgen, vermitteln wir für gewöhnliche Haustiere die Unterbringung und Versorgung.

Haustiere sind Tiere, die ausschließlich zu privaten Zwecken in der vom Versicherungsnehmer bewohnten Wohnung gehalten werden (insbesondere Hunde, Katzen, Nagetiere, Vögel).

Die dadurch entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu 1.000 Euro je Unfallereignis.

Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.9.3.1.12. Hausmeisterdienste

Wir vermitteln und übernehmen die Kosten für einen Hausmeisterdienst, wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls ganz oder teilweise außerstande ist, die gemäß Mietvertrag übernommenen oder – bei Wohneigentum – notwendigen Streu- und Reinigungspflichten (auch Gartenpflege) auszuüben. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

2.9.3.1.13. Mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur

Wir vermitteln der versicherten Person bei Bedarf einmal im Monat eine mobile Nagel- oder Fußpflege oder einen mobilen Friseur.

Wir übernehmen die dadurch anfallenden Kosten bis zu 250 Euro je Unfallereignis.

2.9.3.1.14. Krankenhaushilfe

Bei einer unfallbedingt notwendigen vollstationären Aufnahme der versicherten Person in einem Krankenhaus, sorgen wir – auf Wunsch – dafür, dass

- › die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden.
- › die Haus- oder Wohnungsschlüssel abgeholt werden.

- › eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird.

Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und zur persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Musik).

- › an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird.
- › an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen anfallenden Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

2.9.3.1.15. Paket-Service

Wir organisieren – bei Bedarf –, dass in einem Umkreis von maximal 10 km vom Wohnsitz der versicherten Person (einfache Strecke), einmal wöchentlich Pakete aus Postfilialen oder Packstationen abgeholt werden und übernehmen die dadurch entstehenden Kosten.

Anfallende Gebühren (z. B. Porto) werden nicht übernommen.

2.9.3.1.16. Juristische Beratung

Wir erstatten die Kosten für eine anwaltliche Erstberatung zur Prüfung und Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen gegenüber dritten Personen aus dem Unfallgeschehen (z. B. Unfälle im Verkehr oder durch Verletzung von Verkehrssicherungspflichten).

Die versicherte Person hat freie Anwaltswahl. Die Kosten der anwaltlichen Erstberatung werden im Umfang von § 34 Abs. 1 Satz 3 des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (RVG) zuzüglich der nach dem RVG abrechnungsfähigen Auslagen und Umsatzsteuer erstattet.

Die Kosten tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Rechtsschutzversicherungen, gedeckt sind.

2.9.3.2. Organisation von weiteren Hilfeleistungen

Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:

- › Beratung zum Umbau von Haus, Wohnung und Kraftfahrzeug
Wir vermitteln der versicherten Person eine einmalige Beratung
 - › zum behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges.
 - › zum behindertengerechten Umbau des Hauses bzw. der Wohnung („barrierefreies Wohnen“).
- › Pflegeplatzgarantie
Im Notfall garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Rechtsanspruch hierauf besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.



2.9.3.3. Pflegeleistungen

Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

2.9.3.3.1. Pflegeberatung, Feststellung des Umfangs der Pflegeleistungen und Pflegeschulung

Vor Aufnahme der Grundpflege (Ziffer 2.9.3.3.2) findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt. In diesem Gespräch wird

- › der Umfang der nötigen Pflegeleistungen festgestellt,
- › die Pflegeleistung geplant,
- › geprüft, welche Pflegehilfsmittel erforderlich sind,
- › über mögliche Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung informiert und beraten.

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die Aufgaben

der täglichen Pflege einmalig geschult.

2.9.3.3.2. Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- › Körperpflege
- › An- und Auskleiden
- › Lagern und Betten
- › Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

Der zeitliche Aufwand ist auf 21 Stunden pro Woche begrenzt.

2.9.4. Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

2.9.4.1. Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 2.9.2 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Tag des Unfalls.

Die Hilfs- und Pflegeleistungen werden eingestellt, sobald sich im Rahmen unserer Leistungsprüfung herausstellt, dass die Voraussetzungen für die unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegen.

Ausnahmen:

Folgende Leistungen werden innerhalb von 6 Monaten, ab dem Tag des Unfalls, für die nachfolgend genannten Zeiträume erbracht:

- › Die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 2.9.3.1.9) werden längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen erbracht.
- › Die Krankenhaushilfe (Ziffer 2.9.3.1.14) wird längstens für einen für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.
- › Die Leistungen nach Ziffern 2.9.3.1.7, 2.9.3.1.8, 2.9.3.1.16, 2.9.3.3.1 werden nur einmalig erbracht.

2.9.4.2. Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

- › Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 2.9.3 und 2.9.4.1.

- › Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.9.5. Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

2.9.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

- › Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.
- › Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- › Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

2.9.5.2. Umfang der Leistung

Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 2.9.3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

2.9.5.3. Dauer der Leistung

2.9.5.3.1. Solange die Voraussetzungen der Ziffer 2.9.5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

2.9.5.3.2. Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu 4 Wochen ab dem Tag des Unfalls.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 2.9.5.3.4.

2.9.5.3.3. Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen 4 Wochen nach der Anerkennung.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

2.9.5.3.4. Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 gelten folgende Obliegenheiten:

2.9.6.1. Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person als auch Auskünfte über Veränderungen des Gesundheitszustandes während der Leistungserbringung.

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

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



2.9.6.2. Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

2.9.6.3 Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

2.9.6.4. Damit der von uns beauftragte Dienstleister im Rahmen der versprochenen Leistungen tätig werden kann, ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und die Leistungen geltend machenden versicherten Personen an den Dienstleister zu übermitteln.

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

› Angehörige von Heilberufen

› Krankenhäuser und Kliniken

› Rehabilitations-, Kur- und Pflege-Einrichtungen

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

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

2.9.7. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

2.9.8. Sonstige Bestimmungen

2.9.8.1. Die Leistung PlusCare kann unabhängig von anderen vereinbarten Leistungsarten von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffern 10.2 und 10.3 selbstständig gekündigt werden.

2.9.8.2. Soweit Entschädigungsgrenzen genannt sind, nehmen diese nicht an einer jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) teil.

2.9.8.3. Vorläufige Deckung

Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden.

Stellen wir im Rahmen der Prüfung unserer Leistungspflicht fest, dass eine Leistungspflicht nicht bestanden hat, stellen wir die Hilfe- und Pflegeleistungen sofort ein. Auf eine Rückforderung der von uns bereits erbrachten Leistungen und getragenen Kosten wird verzichtet.

2.9.8.4. Mehrfache Versicherung

Unsere Leistungen nach Ziffern 2.9.3 und 2.9.5 werden je Unfallereignis nur einmal erbracht. Bestehen für eine versicherte Person noch anderweitige Versicherungen, werden dazu ergänzende Leistungen nur erbracht, soweit hierfür zusätzlicher Bedarf besteht.

2.10. Gestrichen

Versicherte beitragsfreie Leistungen

- a) Die folgenden Leistungen gemäß den Ziffern 2.11 bis 2.18 sind beitragsfrei versichert, sofern mindestens eine der folgenden beitragspflichtigen Leistungsarten vereinbart wurde:
- › Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1)
 - › Unfall-Rente (Ziffer 2.2)
- b) Die nachstehenden beitragsfreien Leistungen gemäß den Ziffern 2.11 bis 2.18 nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik) nicht teil.
- c) Für die beitragsfreien Leistungen gemäß Ziffern 2.11 bis 2.16 gilt:
- › Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person, werden diese Leistungen je Versicherungsfall nur aus einem Vertrag erbracht.
 - › Diese Leistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflicht- oder Krankenversicherer sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Für die beitragsfreien Leistungen gemäß den Ziffern 2.17 bis 2.18 gelten diese Regelungen nicht.

2.11. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz

2.11.1. Voraussetzungen für die Leistung

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

Bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen übernehmen wir 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 drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.



2.11.2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- › Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- › notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- › Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten insgesamt bis zur Höhe von 100.000 Euro.

2.12. Kur- und Rehabehilfe

2.12.1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir leisten nach einem unter den Vertrag fallenden Unfallereignis eine Kurkostenbeihilfe, wenn die versicherte Person

- › innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- › wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- › eine medizinisch notwendige Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat.

Die Kurkostenbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

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

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

2.12.2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und somit nicht von Dritten übernommene Kosten, insgesamt bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

2.13. Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

2.13.1. Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- › für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- › für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik 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 oder
- › bei einem Unfall im Ausland die Kosten für eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Flug-Rückholung oder
- › bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz oder

- › bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz

entstanden.

2.13.2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 100.000 Euro.

2.14. Reha-Management

Ein Unfall kann das Leben plötzlich auf den Kopf stellen. Dann unterstützen und begleiten wir die versicherte Person bei ihrer Rückkehr ins Leben.

2.14.1. Was ist versichert?

Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2.14.2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

2.14.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten.

Bei dem Unfall erlitt die versicherte Person nach fachärztlicher Einschätzung voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 30 %

oder

befand sich unfallbedingt für mindestens zehn Tage im Krankenhaus

oder

erlitt eine der folgenden Verletzungen:

- › Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- › Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- › Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist
- › Verbrennungen II. oder III. Grads von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- › Vollständige Erblindung auf einem Auge
- › Schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma):
 - › Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - › Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- › Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - › Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - › Fraktur des Beckens



- › Fraktur der Wirbelsäule
- › Gewebeerstörender Schaden an einem inneren Organ

Die Voraussetzungen sind durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen.

2.14.2.2. Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

2.14.3. Welche Leistungen sind versichert?

2.14.3.1. Bedarfsermittlung und Reha-Management

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management. Dies beinhaltet

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

2.14.3.2. Medizinische Rehabilitation und Therapie

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

Das können zum Beispiel sein:

- › ärztliche Zweitmeinung
- › qualifizierte Leistungserbringer (z. B. spezialisierte Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen)
- › spezielle Therapien und Maßnahmen (z. B. psychologische Betreuung, Osteopathie).

Reha-Maßnahmen müssen mit dem Ziel durchgeführt werden, die körperlichen Funktionen wiederherzustellen bzw. die individuell größtmögliche Selbstständigkeit zu fördern.

2.14.3.3. Beruf, Ausbildung und Schule

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis, die Schulausbildung oder die berufliche Neuorientierung.

Das können zum Beispiel sein:

- › stufenweise Wiedereingliederung
- › Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- › Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

2.14.3.4. Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- › Prothesen
- › Rollstühle
- › Gehhilfen.

2.14.3.5. Wohnen und Mobilität

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

Das können zum Beispiel sein:

- › Barrierefreies Wohnkonzept
- › Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung
- › Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen.

2.14.4. Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen?

Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?

2.14.4.1. Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 2.14.3 erbringen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls, längstens jedoch bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 15.000 Euro für die Kostenübernahme (Ziffer 2.14.4.2).

Darüber hinaus enden unsere Leistungen, sofern sich nachträglich ergibt, dass die Voraussetzungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen.

2.14.4.2. Kostenübernahme

Die Leistungen nach Ziffer 2.14.3.1 übernehmen wir in voller Höhe.

Für die Leistungen nach Ziffer 2.14.3.2 und 2.14.3.3 gilt Folgendes:

Die nachgewiesenen Kosten für

- › Sach- und / oder Behandlungskosten
- › Rehabilitationsmaßnahmen

übernehmen wir bis zu einer Höhe von 15.000 Euro.

Für die Leistungen nach Ziffern 2.14.3.4 und 2.14.3.5 übernehmen wir ausschließlich die Kosten für die Vermittlung der Leistungen. Die Kosten für die Leistungen selbst tragen wir nicht.

2.14.4.3. Zahlungen anderer Leistungsträger

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach Ziffern 2.14.3.2 und 2.14.3.3 tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 gelten folgende Obliegenheiten:

2.14.5.1. Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person als auch Auskünfte über Veränderungen des Gesundheitszustandes während der Leistungserbringung. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

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



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

2.14.5.3. Damit der von uns beauftragte Dienstleister im Rahmen der versprochenen Leistung tätig werden kann,

ist es unbedingt erforderlich, Daten der vom Unfallereignis betroffenen und die Leistungen geltend machenden versicherten Person an den Dienstleister zu übermitteln.

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

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

diesem gegenüber durch die versicherte Person von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

2.14.5.4. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben.

Ziffer 8 gilt entsprechend.

2.14.6. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

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

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

In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Rehabilitationsleistungen.

2.15. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

2.15.1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir erstatten innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall die Kosten für die unter Ziffer 2.15.2 aufgeführten behinderungsbedingten Mehraufwendungen, sofern diese Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1) erforderlich sind. Die notwendigen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

2.15.2. Art und Höhe der Leistungen

Wir übernehmen nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für

- › den behindertengerechten Umbau der Wohnung der versicherten Person oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- › den Umbau des Pkw der versicherten Person in ein behindertengerechtes Fahrzeug,
- › Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Geh- und Stützapparate),

- › Reparaturen von Prothesen
Wenn die versicherte Person vor dem Unfall bereits eine Prothese tragen musste und diese durch einen bedingungsgemäßen Unfall beschädigt wurde, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur

oder, falls eine Reparatur nicht möglich mehr möglich ist, die Anschaffungskosten einer neuen Prothese.

- › Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

insgesamt bis zur Höhe von 30.000 Euro.

2.16. Psychologische Betreuung

2.16.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet aufgrund eines Unfalls nachweislich krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktion.

2.16.2. Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für 10 Sitzungen einer medizinisch notwendigen psychologischen Betreuung bzw. Behandlung für psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, längstens aber für solche Sitzungen, welche innerhalb von 3 Jahren seit Eintritt des Unfalles wahrgenommen wurden.

Die Behandlung muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall abgeschlossen sein. Die für die psychologische Behandlung angefallenen Kosten sind durch Vorlage von Originalrechnungen nachzuweisen.

2.17. Familien-Vorsorge-Versicherung

2.17.1. Voraussetzung für die Leistung

Eine versicherte Person hat während der Wirksamkeit des Vertrags

- › geheiratet oder
- › ist eine Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes eingegangen oder
- › hat ein Kind geboren oder
- › hat ein Kind adoptiert.

Der Versicherungsschutz aus der Familien-Vorsorge-Versicherung setzt voraus,

- › dass der Vertrag der versicherten Person bei Beginn der Familien-Vorsorge-Versicherung und zum Unfallzeitpunkt wirksam ist und
- › dass für den Ehe- bzw. Lebenspartner sowie für das neugeborene oder adoptierte Kind, bei uns noch keine private Unfallversicherung besteht.



2.17.2. Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungssummen betragen:

Hinterbliebenenschutz	5.000 Euro
Invaliddität (ohne Progression)	50.000 Euro
Krankenhaustagegeld	20 Euro
Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	5.000 Euro
Kur- und Rehabelhilfe	5.000 Euro

2.17.3. Beginn und Dauer der Leistung

Der Versicherungsschutz beginnt

- › für den Ehepartner mit der Eheschließung.
- › für den Lebenspartner mit der Eintragung der Lebenspartnerschaft.
- › für leibliche Kinder ab der 16. Schwangerschaftswoche. Der Nachweis hat durch Vorlage des Mutterpasses zu erfolgen.
- › für adoptierte Kinder mit der Rechtswirksamkeit der Adoption (bis 18 Jahre).

Der Versicherungsschutz besteht für 12 Monate.

Wird das Kind oder der Ehe- bzw. Lebenspartner während der Dauer der Vorsorgeversicherung bei uns versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

2.17.4. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge in Anspruch genommen werden.

2.18. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Bei bestimmten Verletzungen zahlen wir eine Sofortleistung.

2.18.1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund eines Unfalls eine der nachfolgenden Verletzungen erlitten:

- › Querschnittslähmung im Sinne einer irreversiblen Schädigung des Rückenmarkes.
- › Amputation im Sinne eines dauerhaften Verlustes des ganzen Fußes oder der ganzen Hand.
- › Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung.
- › Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche

Sie müssen die Verletzung innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall bei uns durch einen objektiven ärztlichen Bericht nachweisen, der sich am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientiert.

Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt findet Ziffer 3 entsprechende Anwendung.

2.18.2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je Unfall eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 15.000 Euro je Versicherungsfall.

Das gilt auch dann, wenn die versicherte Person mehrere Verletzungen gemäß Ziffer 2.18.1 erlitten hat.

2.18.3. Erweiterte Sofortleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

2.18.3.1. Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, zahlen wir die nach Ziffern 2.18.1 und 2.18.2 vereinbarte Sofortleistung nach Schwerverletzungen für Sie und Ihren Ehe- / bzw. Lebenspartner, der mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt (jeweils soweit im Vertrag versichert), in doppelter Höhe.

2.18.3.2. Dieser Versicherungsschutz beginnt

- › mit dem Erwerb des Eigenheims oder
- › wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit dem Beginn der Bauarbeiten.

Im Schadenfall müssen der Baubeginn bzw. der Erwerb des Eigenheims nachgewiesen werden.

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der nachfolgenden Termine:

- › mit dem fünften Jahr nach Baubeginn bzw. Erwerb
- › mit Veräußerung des Eigenheims
- › mit Beendigung der Unfallversicherung

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

- › bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
- › beim Hinterbliebenenschutz und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel:

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

3.2.2. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 100 %, nehmen wir keine Minderung vor.



4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 3) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde.

4.2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet bezüglich dieser Person der Versicherungsvertrag.

4.3. Den für diese Personen gezahlten Beitrag erstatten wir rückwirkend ab Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

5. Was ist nicht versichert?

5.1. Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1. Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- › eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- › die Einnahme von Medikamenten,
- › Alkoholkonsum,
- › Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Ausnahmen:

Die Bewusstseinsstörung wurde verursacht durch

- › ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- › einen Herzinfarkt oder Schlaganfall.
- › einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall.
- › Trunkenheit, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls dabei unterhalb folgender Werte lag:
 - › beim Lenken eines motorisierten Fahrzeuges 1,3 Promille
 - › beim Lenken eines Fahrrads 1,6 Promille
 - › bei sonstigen Unfällen 2,0 Promille
- › Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind,
- › die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten
- › die ungewollte Einnahme von sogenannten K.O.-Tropfen, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.
- › Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen und Erschrecken.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Die eigentlichen Gesundheitsschädigungen des Herzinfarkts, Schlaganfalls, epileptischen Anfalls oder anderen Krampfanfalls, Medikamentenmissbrauchs oder Alkoholkonsums sind nicht mitversichert.

Grundsätzlich bieten wir keinen Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

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

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Minderjährige sowie Entmündigte,

- › wenn die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch). Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde;
- › wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

5.1.3.1. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 1 Monat nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

Die Erweiterung gilt nicht

- › bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- › für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- › für Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) und
- › im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Weiterhin versichert sind Unfallfolgen durch

- › Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden,
- › gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

5.1.3.2. Versicherungsschutz im Rahmen der Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen



5.1.3.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen eines zeitlich begrenzten Einsatzes oder einer zeitlich begrenzten Tätigkeit für eine der nachstehend aufgeführten humanitären Hilfsorganisationen einen Unfall erlitten.

Als humanitäre Hilfsorganisationen anerkannt werden Ärzte ohne Grenzen e. V. (MSF), sofern der Einsatz oder die Tätigkeit den Festlegungen der MSF-Charta folgt; das Technische Hilfswerk sowie das Deutsche Rote Kreuz e. V. und diesem vergleichbare freiwillige Hilfsgesellschaften der deutschen Behörden im humanitären Bereich.

5.1.3.2.2. Art und Höhe der Leistung

Es wird folgender Versicherungsschutz gewährt:

Hinterbliebenenschutz	10.000 Euro
Invalidität (ohne Progression)	50.000 Euro

5.1.3.2.3. Die Versicherungssummen nehmen an einer für den Vertrag vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

5.1.4. Unfälle der versicherten Person

- › als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- › als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- › bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind,
- › bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht

- › für Ärzte, medizinisches Personal, Beschäftigte bei Polizei und Feuerwehr während ihrer beruflichen Tätigkeit an Bord von Flugzeugen bzw. Hubschraubern, solange sie das Flugzeug nicht selbst steuern.
- › für Passagiere in Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- › für Flugschüler in der Ausbildung zur Führung eines Luftfahrzeuges, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist,
- › beim Kitesurfen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.5. Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs.

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

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht für:

- › Fahrsicherheitstrainings, die keinen Renncharakter aufweisen,
- › Fahrveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten) und
- › gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Indoor- oder Outdoor Kartbahnen, sofern diese Fahrtveranstaltungen Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden oder Vereinen organisiert werden oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahmen:

- › Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, waren durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst.
- › Unfreiwillige Gesundheitsschäden der versicherten Person, die sie durch eigene Eingriffe des täglichen Lebens an ihrem Körper im Rahmen der Körperpflege erleidet. Dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3. Infektionen.

Es gelten folgende Ausnahmen:

5.2.3.1. Infektionskrankheiten

Versicherungsschutz besteht für den Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

- › Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
- › Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber,



Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens 3 Monate

(1 Monat bei Zeckenbissen) nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

5.2.3.2. Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Übliche Impfreaktionen (z. B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, grippeähnliche Symptome, allergische Reaktionen) sind ausdrücklich nicht versichert. Es muss sich um anerkannte Impfschäden handeln. Die Nachweispflicht zur Ursache des Gesundheitsschadens trägt der Versicherungsnehmer. Versichert sind ausschließlich Impfschäden, die durch einen von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassen Impfstoff ausgelöst wurden.

5.2.3.3. Wundinfektionen und Blutvergiftungen

Als Folge eines Unfalls sind auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen mitversichert.

5.2.3.4. Tollwut und Wundstarrkrampf.

Die versicherte Person infiziert sich mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.

5.2.3.5. Andere Krankheitserreger oder Heilmaßnahmen

Die versicherte Person infiziert sich

- › mit 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.
- › durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz nach Ziffer 5.2.2 besteht.

5.2.3.6. Geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt haben.

5.2.3.7. Allergische Reaktionen

Als Unfall gelten auch allergische Reaktionen auf Insektenstiche/-bisse oder infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen anzeigen. Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahmen:

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und bei der Umstellung des bestehenden Tarifs ab Vollendung des 63. Lebensjahres zu beachten?

6.1. Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- › Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- › Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2. Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

6.2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

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 gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten 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. Versehensklausel

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



6.2.4. Nicht versicherbare Berufstätigkeiten/ Beschäftigungen

6.2.4.1. Wird eine Berufstätigkeit durch eine versicherte Person aufgenommen, die nicht versicherbar ist, endet der Vertrag für die betreffende Person – auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige nach Ziffer 6.2.3.

Nicht versicherbar und auch trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:

- › Artisten/Akrobaten
- › Bergbautechniker
- › Berg(maschinen)techniker
- › Bergleute
- › Berufs- und Vertragssportler
- › Bohrsinselfersonal
- › Eiskunstläufer
- › Erzaufbereiter
- › Feuerwerker
- › Flugbegleiter
- › Fluglehrer
- › Flugzeugführer
- › Fußballtrainer
- › Hochseefischer
- › Munitions- und Räumtruppen
- › Offshore-Personal
- › Personenschutzkräfte
- › Polizei-Spezialeinheit (SEK/MEK/GSG)
- › Pyrotechniker
- › Reitlehrer
- › Rennfahrer
- › Renn- und Kunstreiter
- › Skilehrer
- › Sprengpersonal
- › Stuntmen
- › Taucher
- › Tierbändiger
- › Unter Tage Tätige

6.2.4.2. Die Beiträge, die ab Ausübung einer nicht versicherbaren Berufstätigkeit/Beschäftigung für eine versicherte Person entrichtet wurden, zahlen wir zurück.

6.2.5. Mitversicherung vorübergehender beruflicher Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen ist, besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Ebenso besteht Versicherungsschutz, wenn die gefahrerhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der Berufstätigkeit nicht beinhaltet.

6.3. Umstellung des bestehenden Tarifs ab Vollendung des 63. Lebensjahres

6.3.1. Umstellung des Vertrags ab Vollendung des 63. Lebensjahres

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 63 Jahre alt wird, stellen wir die Versicherung auf den Tarif für Personen ab 63 Jahren um.

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

Den neuen Beitrag teilen wir Ihnen schriftlich mit. Das tun wir noch vor Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 63 Jahre alt wird. Ab dann informieren wir Sie jährlich über jede weitere Beitragsveränderung im Rahmen der jährlichen Beitragsrechnung.

Wir nehmen die Beitragsveränderung erst für das Versicherungsjahr vor, das auf das geänderte Lebensalter folgt.

6.3.2. Umstellung des Vertrags ab Vollendung des 70. Lebensjahres

Mit Ablauf des Versicherungsjahres in dem die versicherte Person 70 Jahre alt wird, gilt zusätzlich zu den Regelungen gemäß Ziffer 6.3.1: Sollte die von der Umstellung betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt der Umstellung in die Gefahrengruppe B eingestuft sein, erfolgt eine automatische Einstufung in die Gefahrengruppe A. Die Umstellung in die Gefahrengruppe A erfolgt unabhängig davon, ob die von der Umstellung betroffene versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch einen Beruf nach der Gefahrengruppe B ausübt.

Die für die versicherte Person zutreffende Gefahrengruppe ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen.

6.3.3. Umstellung des Vertrags ab Vollendung des 91. Lebensjahres

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 91 Jahre alt wird, entfällt die jährliche Anpassung.

6.3.4. Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Im Fall von einer Beitragserhöhung gemäß Ziffern 6.3.1 und 6.3.2 können Sie den Versicherungsvertrag außerordentlich kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt unserer jeweiligen Mitteilung über die Beitragsänderung zugehen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung in Kraft treten würde.

6.3.5. Wegfall oder Änderung bestimmter Leistungsarten oder Gliedertaxen

Sofern nachfolgende Leistungsarten oder Leistungserweiterungen in Ihrem Vertrag vereinbart sind, gelten folgende Regelungen:

6.3.5.1. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik)



Die dynamische Anpassung von Leistung und Beitrag erfolgt letztmalig zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet.

6.3.5.2. Besondere Bedingungen für die Versicherung der verbesserten Gliedertaxen „Arm & Bein“, „Arm & Sinne“ bzw. „Ärzte“

Die verbesserte Gliedertaxe gilt für die versicherte Person bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person 70 Jahre alt wird. Für Unfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten, gilt für die versicherte Person die Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1. Ab diesem Zeitpunkt wird bei der Beitragsberechnung der anteilige Beitragszuschlag, der bis dato für die im Vertrag geltende Gliedertaxe zu entrichten war, nicht mehr berücksichtigt.

Der Leistungsfall

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

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

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

7.1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die Anordnungen des Arztes sind zu befolgen. Eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

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

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

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

7.4. Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7.5. Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 28 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person haben und der Unfall als Todesursache nicht sicher auszuschließen ist.

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 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.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 den Leistungsarten

- › Invaliditätsleistung,
- › Unfall-Rente

beträgt die Frist drei Monate.



Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- › Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- › Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2. Fälligkeit der Leistung

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

9.3. Vorschüsse

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

Beispiel:

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Versicherungssumme für Hinterbliebenenschutz (Ziffer 2.6) beansprucht werden.

Ist keine Leistung für Hinterbliebenenschutz vereinbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 15.000 Euro verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

9.4. Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (24.00 Uhr bzw. 0.00 Uhr) und des Beginns dieses Vertrags (12.00 Uhr mittags) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum den in dem Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsschutz.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten Beitrag oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2. Dauer und Ende des Vertrages

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 drei 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 drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3. Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- › wenn wir eine Leistung erbracht

oder

- › Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung 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. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

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

10.5. Vertragsbeendigung bei Verlegung Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, endet der Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt des Umzugs, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Der Umzug ist uns unverzüglich anzuzeigen. Endet die Versicherung für eine versicherte Person gemäß Ziffer 10.5, zahlen wir die Beiträge für die versicherte Person ab dem Zeitpunkt des Umzugs zurück.

10.6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

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

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 zwei Wochen betragen.

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

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

11.3.4. Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Beitrag 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 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 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:

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

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

11.6.2. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Ergänzend zu Ziffer 10 gilt Folgendes als vereinbart:

11.6.2.1. Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

11.6.2.2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.

11.6.2.3. Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- › Der Premium-Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
- › Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
- › Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber betriebsbedingt gekündigt.
- › Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
- › Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht der Bundesanstalt für Arbeit.
- › 11.6.2.4. Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach

12 Monaten. Nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn erlischt der beitragsfreie Schutz ebenfalls.

11.6.2.5. Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

11.6.2.6. Die Laufzeit des Vertrages verlängert sich um den Zeitraum der Außerkraftsetzung.

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 Versicherungsansprüche 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 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 zurückzutreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- › weder eine vorsätzliche,
- › noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- › weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,

- › noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2. Kündigung

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

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

13.2.3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz)

– auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

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

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

- › wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen

oder

- › wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

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

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

13.4. Anfechtung

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

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

13.5. Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1. Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen 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. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

15.1. Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

15.1.1. Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben,

können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

15.1.2. Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

15.1.3. Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie uns jederzeit anrufen oder schreiben.

15.2. Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

15.2.1. 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.

15.2.2. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

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

16.1. Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- › an unsere Direktion (INTER Allgemeine Versicherung AG, Erzberger Str. 9-15, 68165 Mannheim) oder
- › an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2. Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir Sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.



17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Embargobestimmung

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.

19. Leistungs-Upgrade-Garantie

Werden die diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Versicherungsvertrag.

20. Garantie GDV Mindeststandard

Die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden „Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022)“ weichen bei den Leistungsinhalten ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den entsprechenden Musterbedingungen, wie sie zum Dezember 2020 vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) unverbindlich empfohlen wurden, ab.

21. Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ empfohlenen Mindestleistungsstandards

Diese Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung erfüllen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

22. Konditionsdifferenzdeckung

22.1. Gegenstand

Die Konditionsdifferenzdeckung sorgt dafür, dass unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen bereits vor dem beantragten Versicherungsbeginn Versicherungsschutz über den INTER Unfallversicherungsvertrag besteht.

Insbesondere leisten wir im Versicherungsfall vor Versicherungsbeginn, wenn der Schadenfall vom Deckungsumfang Ihres bisherigen Versicherers nicht umfasst ist, oder wenn der Schadenfall vom Deckungsumfang Ihres bisherigen Versicherers umfasst ist, wir aber einen weitergehenden Deckungsumfang gewähren. Im zweiten Fall erbringen wir die Differenz.

Voraussetzungen für die Leistung sind:

- › Bei Abschluss der INTER Unfallversicherung besteht bereits eine Unfallversicherung (Vorvertrag) bei einem anderen Versicherer (Vorversicherer), die Versicherungsschutz für das gleiche Risiko bietet. Versicherungen, die Versicherungsschutz für das gleiche Risiko bieten, sind private Unfallversicherungen mit weltweitem Schutz rund um die Uhr für berufliche und außerberufliche Unfälle.

- › Der Schadenfall wurde dem Vorversicherer gemeldet und von diesem abgelehnt oder nur zum Teil gedeckt (nachweisbar durch die Leistungsablehnung bzw. die Abrechnung des Vorversicherers).
- › Dieser Schadenfall ist im Rahmen des bei uns abgeschlossenen Unfallversicherungsvertrags versichert.
- › Der Beginn der bei der INTER abgeschlossenen Unfallversicherung liegt maximal 364 Tage in der Zukunft.
- › Zudem muss zwischen den beiden Versicherungsverträgen ein lückenloser Versicherungsschutz bestehen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Ende des Vorvertrags und Beginn der bei der INTER abgeschlossenen Unfallversicherung am gleichen Tag erfolgen. Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (24.00 Uhr bzw. 0.00 Uhr) und des Beginns dieses Vertrags (12.00 Uhr mittags) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum den in dem Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsschutz.

22.2. Beginn und Ende der Konditionsdifferenzdeckung

Der Versicherungsschutz beginnt ab Annahme Ihres Unfallversicherungsantrages durch uns und endet mit Beginn dieser Unfallversicherung.

Der Versicherungsschutz endet rückwirkend, wenn Sie Ihre Vertragsklärung widerrufen.

22.3. Entschädigungsberechnung, Selbstbeteiligung

Für die Prüfung der Leistungspflicht und der Höhe der Entschädigungsleistung ist ausschließlich der Versicherungsvertrag der INTER maßgebend.

Nicht ersetzt wird eine generelle Selbstbeteiligung, die für den Vorvertrag vereinbart wurde.

22.4. Höchstleistung

Für die Dauer der Konditionsdifferenzdeckung ist die Entschädigungsleistung je Versicherungsfall auf maximal 50.000 Euro begrenzt.

22.5. Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Es besteht kein Leistungsanspruch aus dieser Konditionsdifferenzdeckung, wenn der Vorversicherer, mit dem Sie Ihren Vorvertrag abgeschlossen haben,

- a) wegen eines zwischen Ihnen und ihm getroffenen Vergleichs den Schaden nicht in vollem Umfang erstattet;
- b) wegen fehlender Nachweise lediglich eine pauschale oder teilweise Entschädigung erbringt oder seine Leistungspflicht vollständig ablehnt;
- c) wegen
 - › arglistiger Täuschung und/oder
 - › Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht von seiner Leistungspflicht befreit ist;
- d) wegen Verletzung einer Obliegenheit die Leistung ganz oder teilweise verweigert hat;
- e) wenn der Vorvertrag durch den Vorversicherer wegen Nichtzahlung der Beiträge gekündigt wurde.



22.6. Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls haben Sie uns diesen spätestens dann anzuzeigen, wenn der Vorversicherer den Versicherungsschutz ganz oder teilweise abgelehnt hat.

Im Übrigen gelten für die Bedingungs-differenzdeckung die für diese Unfallversicherung vereinbarten Obliegenheiten nach Ziffer 7. Die Rechtsfolgen einer Verletzung von Obliegenheiten sind unter Ziffer 11 beschrieben.

22.7. Generelle Leistungsausschlüsse

Die Ausschlüsse, die unter Ziffer 5 dieser Unfallversicherung aufgeführt sind, haben uneingeschränkt Gültigkeit.

In Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) gelten folgende Besondere Bedingungen, soweit sie ausdrücklich im Versicherungsschein genannt sind:



Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik 2022, Modell 3)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1. Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- › Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1)
- › Unfall-Rente (Ziffer 2.2)
- › Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1)
- › Unfall-Rente (Ziffer 2.2)
- › Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.4)
- › Hinterbliebenenschutz (Ziffer 2.6)

2. Anpassung der Versicherungssummen

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

2.2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- › für die Invaliditätsleistung auf volle 500 Euro,
- › für den Hinterbliebenenschutz auf volle 500 Euro,
- › für die Unfall-Rente auf volle 25 Euro,
- › für das Krankenhaustagegeld auf volle 0,50 Euro.

2.3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

3. Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

4. Verfahren

4.1. Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

4.2. Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.



Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen für bestimmte Berufsgruppen (BB Infektionen 2022)

Für Unfallversicherungen von

- › Ärzten/innen, Zahnärzten/innen und Tierärzten
- › Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern
- › Studenten/innen der Medizin, der Zahnmedizin und der Tiermedizin
- › Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/ Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/
- › Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in)
- › Medizinische Fachkräfte (Medizinische Fachangestellte, Medizinischtechnische Assistenten,
- › Arzt-/Zahnarzthelfer)
- › medizinisches Rettungspersonal
- › Berufsfeuerwehrleute, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehren (im Einsatz)
- › Bedienstete von Bundespolizei, Polizei, Zoll, Justiz und Strafvollzug

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz auf Gesundheitsschäden durch Infektionen in folgendem Umfang erweitert.

Abweichend von Ziffer 5.2.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) gilt:

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

1.2. Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:

- › Beschädigung der Haut.
Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- › plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus, außer bei Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose.

2. Erweiterte Fristen

Abweichend von den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) gilt:

Die Invalidität aufgrund der Infektion ist innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall

- › eingetreten,
- › von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- › bei uns geltend gemacht worden.

3. Behandlungskosten HIV oder Hepatitis B

Erleidet der Versicherte während der Vertragsdauer eine HIV oder Hepatitis B Infektion, wird einmalig ein Betrag von 5.000 Euro für Behandlungskosten gezahlt. Die HIV oder Hepatitis B Infektion ist durch Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes nachzuweisen. Dieser darf nicht vom Versicherungsnehmer oder dem Arbeitgeber ausgestellt sein.

Besteht bei der INTER Allgemeine Versicherung AG mehr als ein Versicherungsvertrag, ist die Leistung je versicherter Person auf den Betrag von insgesamt 5.000 Euro begrenzt.



Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 225%)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung an bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2022 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

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



Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 350 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung an bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2022 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

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

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



Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2022 – 500 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2022 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungs- summe	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungs- summe	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungs- summe
26 %	30 %	51 %	157 %	76 %	332 %
27 %	35 %	52 %	164 %	77 %	339 %
28 %	40 %	53 %	171 %	78 %	346 %
29 %	45 %	54 %	178 %	79 %	353 %
30 %	50 %	55 %	185 %	80 %	360 %
31 %	55 %	56 %	192 %	81 %	367 %
32 %	60 %	57 %	199 %	82 %	374 %
33 %	65 %	58 %	206 %	83 %	381 %
34 %	70 %	59 %	213 %	84 %	388 %
35 %	75 %	60 %	220 %	85 %	395 %
36 %	80 %	61 %	227 %	86 %	402 %
37 %	85 %	62 %	234 %	87 %	409 %
38 %	90 %	63 %	241 %	88 %	416 %
39 %	95 %	64 %	248 %	89 %	423 %
40 %	100 %	65 %	255 %	90 %	430 %
41 %	105 %	66 %	262 %	91 %	437 %
42 %	110 %	67 %	269 %	92 %	444 %
43 %	115 %	68 %	276 %	93 %	451 %
44 %	120 %	69 %	283 %	94 %	458 %
45 %	125 %	70 %	290 %	95 %	465 %
46 %	130 %	71 %	297 %	96 %	472 %
47 %	135 %	72 %	304 %	97 %	479 %
48 %	140 %	73 %	311 %	98 %	486 %
49 %	145 %	74 %	318 %	99 %	493 %
50 %	150 %	75 %	325 %	100 %	500 %



Besondere Bedingungen für Service-Leistungen (BB Service 2022)

Dieser Service ist für Sie da, wenn Sie Hilfe oder Unterstützung vor und nach einem Unfall benötigen. Unsere kostenlosen Assistance-Leistungen sind:

- › Vermittlung von Hausnotruf- bzw. Servicegeräten
Standardausführung
- › Nennung von Ärztlichen- und Apotheken-Notdiensten
- › Organisation und Beschaffung sowie der Versand von
ärztlich verordneten Medikamenten und Blutkonserven
- › Benachrichtigung von Angehörigen
- › Ärztliche Informationen zu Krankheiten und Impfungen
sowie Auskünfte zu Medikamenten und deren
Nebenwirkungen
- › Benennung von Äquivalenzpräparaten
- › Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglich-
keiten und Behandlungseinrichtungen
- › Hilfe bei der Suche nach ärztlichen Spezialisten und
Fachkliniken
- › Benennung von Fach- und Pflegekräften sowie häuslichen
Pflegediensten
- › Ärztliche Informationen zur Notwendigkeit von Spezial-
untersuchungen, wiederholten Untersuchungen und
stationären Aufenthalt

Bei den oben aufgeführten Punkten handelt es sich um Dienstleistungen. Wir übernehmen keine Kosten.



VIII. Besondere Vereinbarungen und Bestimmungen zur Unfallversicherung PHÖNIX UV

Inhalt

Präambel:	47
1. Leistung bei Oberschenkelhals- und Armbruch (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	47
2. Feststellung und Geltendmachung der Invalidität	47
3. Rooming In	47
4. Genesungsgeld	47
5. Pflege-Tagegeld (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	47
6. Gipsgeld bei Knochenbruch (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	47
7. Übergangsleistung (wenn der Baustein vereinbart ist) (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	47
8. Kur- und Rehabehilfe	48
9. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	48
10. Haushaltshilfegeld	48
11. Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen	48
12. Meldepflicht bei Tod durch Unfall	48
13. Neubemessung des Invaliditätsgrades	48
14. Kündigung bei mehrjährigen Verträgen	48
15. Besitzstandsgarantie beim Wechsel der Unfallversicherung zur PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	48
16. max-Leistungsschutz (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)	50
17. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik 2022, Modell 3)	50



Präambel:

Ergänzend und teilweise abweichend zu den zu diesem Vertrag dokumentieren Vertragsbestimmungen gelten die nachstehenden besonderen Regelungen.

Stehen diese Regelungen und die sonstigen dokumentierten Vertragsbestimmungen im Widerspruch,

gelten die für den Versicherungsnehmer günstigeren Regelungen.

Die Regelungen dieser Vereinbarung gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor. Sofern einzelvertragliche Vereinbarungen getroffen werden, gelten die entsprechenden Vereinbarungen.

Als Vertragsgrundlage für PHÖNIX UV Premium gilt, soweit nicht etwas anderes in der Police und/oder Nachträgen vereinbart, der INTER Premium-Tarif. Als Vertragsgrundlage für PHÖNIX UV Exklusiv gilt, soweit nicht etwas anderes in der Police und/oder Nachträgen vereinbart, der INTER Exklusiv-Tarif.

1. Leistung bei Oberschenkelhals- und Armbruch (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

Abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2022 ist es unerheblich, ob der Bruch durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres unter Vorlage eines ärztlichen Berichtes geltend gemacht wird. Der Anspruch erlischt auch, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde. Die Höhe der Leistung ist auf einmalig 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit begrenzt.

2. Feststellung und Geltendmachung der Invalidität

In Abweichung zu Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3 der Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) gelten zur Feststellung und Geltendmachung der Invalidität folgende Fristen:

- › 24 Monate (gilt für die Tariflinie PHÖNIX UV Exklusiv)
- › 36 Monate (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

3. Rooming In

In Abweichung zu Ziffer 2.4.5.1 der AUB 2022 erstatten wir nicht die nachgewiesenen Kosten, sondern verdoppeln das vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer des Aufenthaltes des Erziehungsberechtigten.

Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

4. Genesungsgeld

4.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4 der AUB 2022

4.2. Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 200 Tage, und zwar

- › für den 1. – 100. Tag in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme,
- › für den 101. – 200. Tag in Höhe von 25 % der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme.

4.3. Genesungsgeldanspruch bei Tod der versicherten Person

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen stirbt.

5. Pflege-Tagegeld (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

Wir zahlen ein tägliches Pflegegeld für maximal 60 Tage, wenn aufgrund von Unfallfolgen mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt, nach folgender Staffel:

- › 20 Euro bei Pflegegrad 2;
- › 40 Euro bei Pflegegrad 3;
- › 60 Euro ab Pflegegrad 4

6. Gipsgeld bei Knochenbruch (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

Muss eine versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfallereignisses, das zu einer Fraktur führt, länger als 14 Tage einen Gipsverband tragen, zahlen wir einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 250 Euro. Die Leistung ist bei uns innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet durch Vorlage eines ärztlichen Attests geltend zu machen.

7. Übergangsleistung (wenn der Baustein vereinbart ist) (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

7.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder

außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- › nach Ablauf von drei Monaten und
- › ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 100 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

7.2. Art und Höhe der Leistung:

Für die Übergangsleistung zahlen wir je Versicherungsfall 10.000 Euro.



8. Kur- und Rehabehilfe

In Abweichung zu Ziffer 2.12.2 der AUB 2022 erstatten wir maximal bis zu folgenden Beträgen:

- › 10.000 Euro (gilt für die Tariflinie PHÖNIX UV Exklusiv)
- › 50.000 Euro (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

9. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

In Abweichung zu Ziffer 2.15.2 der AUB 2022 erstatten wir maximal bis zu folgendem Betrag: 50.000 Euro

10. Haushaltshilfegeld

10.1. Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der den Haushalt versorgenden versicherten Person, zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen oder zu versorgen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu 50 Euro je Tag, längstens für 50 Tage (gilt für die Tariflinie PHÖNIX UV Exklusiv), längstens für 180 Tage (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium).

10.2. Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person Kinder leben, die zum Zeitpunkt des Unfalls

- › das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- › in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

10.3. Sofern Sie den Baustein „Plus-Care“ abgeschlossen haben, gelten die Regelungen aus Ziffer 2.9.3.1.9.2 Kinderbetreuung. Leistungen können nicht doppelt geltend gemacht werden.

11. Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen

In Abweichung von Ziffer 5.1.1 der AUB 2022 gilt bei den Ausnahmen:

- › Die Bewusstseinsstörung wurde verursacht durch Trunkenheit, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls dabei unterhalb folgender Werte lag: „bei sonstigen Unfällen“ 3,0 Promille
- › die Bewusstseinsstörung durch einen Zuckerschok (Über oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung ausgelöst wurde. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.

12. Meldepflicht bei Tod durch Unfall

Die unter Ziffer 7.5 der AUB 2022 angegebene Frist von 28 Tagen entfällt.

13. Neubemessung des Invaliditätsgrades

In Abweichung von Ziffer 9.4 der AUB 2022 beträgt Ihre Frist zur Neubemessung des Invaliditätsgrades, unabhängig vom Alter der versicherten Person:

- › Vier Jahre (gilt für die Tariflinie PHÖNIX UV Exklusiv)
- › Fünf Jahre (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium)

14. Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

In Abweichung von Ziffer 10.2.3 der AUB 2022 verlängert sich der Vertrag nicht, wenn einer der Vertragsparteien spätestens einen Monat vor dem Ablauf eine Kündigung zugegangen ist.

Gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium: Die Kündigung ist jederzeit zur Hauptfälligkeit möglich.

15. Besitzstandsgarantie beim Wechsel der Unfallversicherung zur PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekurateur GmbH (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium):

15.1. Gegenstand und Voraussetzungen für die Besitzstandsgarantie

15.1.1. Die Besitzstandsgarantie gilt für den Fall, dass ein Schadensfall über die PHÖNIX UV Premium

- a) nicht oder
- b) summenmäßig im Rahmen von Deckungserweiterungen/Sublimits nicht ausreichend versichert ist – der Schadensfall im Deckungsumfang des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages desselben Versicherungsnehmers für dasselbe Risiko bei einer anderen Versicherungsgesellschaft jedoch gedeckt oder mit einer höheren Entschädigungsgrenze oder einer geringeren Selbstbeteiligung versichert war.

15.1.2. Für eine Leistung im Rahmen der Besitzstandsgarantie müssen die folgenden weiteren Voraussetzungen erfüllt sein:

Der unmittelbare Vorversicherungsvertrag

- a) wurde nicht vom Vorversicherer, sondern vom Versicherungsnehmer gekündigt und
- b) muss mindestens für ein volles Versicherungsjahr bestanden haben;

Der Zeitraum zwischen der Beendigung des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages und dem Beginn der PHÖNIX UV Premium darf nicht mehr als drei Monate betragen. Der aktuelle Vertrag darf sich zudem nicht im Mahnstatus befinden.

15.1.3. Sind die Voraussetzungen für die Leistungsgarantie gemäß Ziffern 15.1.1 und 15.1.2 erfüllt, werden wir uns nicht auf Leistungsausschlüsse bzw. Leistungseinschränkungen in den Versicherungsbedingungen für die PHÖNIX UV Premium berufen, sondern den Schadenfall nach den Bestimmungen des Vorversicherungsvertrages im Umfang der Ziffern 15.2 und 15.3 regulieren.

15.1.4. Die Regelung gilt maximal für 5 Jahre ab Vertragsabschluss.



15.2. Der Leistungsfall

15.2.1. Leistungsumfang

Für die Feststellung des Leistungsumfanges sind die Vertragsgrundlagen/Versicherungsbedingungen der Vorversicherung maßgeblich, die zum Zeitpunkt des Abschlusses der PHÖNIX UV Premium galten. Danach beantragte bzw. vorgenommene Änderungen der Vorversicherung werden nicht berücksichtigt.

15.2.1.1. Tritt ein Schadenfall ein, für den wir nach den geltenden Versicherungsbedingungen nicht zur Leistung verpflichtet sind, so erhält der Versicherungsnehmer dann eine Leistung, wenn für den Schadenfall über die Versicherungsbedingungen des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages Versicherungsschutz bestanden hätte.

15.2.1.2. Gilt nach den Versicherungsbedingungen des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages für einen Schadenfall

- a) eine höhere Entschädigungsgrenze als nach den geltenden Versicherungsbedingungen für die PHÖNIX UV Premium (als Leistungsgrenze innerhalb der für den Vertrag vereinbarten Versicherungssumme), so wird bei der Entschädigungsberechnung die höhere Entschädigungsgrenze des Vorversicherungsvertrages zu Grunde gelegt;
- b) für einzelne Leistungseinschlüsse eine geringere Selbstbeteiligung als nach den geltenden Versicherungsbedingungen für die PHÖNIX UV Premium, so wird bei der Entschädigungsberechnung die geringere Selbstbeteiligung des Vorversicherungsvertrages berücksichtigt.

15.2.1.3. Höchstersatzleistung

Unsere Leistungen, die unter die Besitzstandsgarantie fallen, sind – im Rahmen der für die PHÖNIX UV Premium vereinbarten Versicherungssummen (unter Berücksichtigung einer ggf. vorhandenen Vorsorgeregelung) – für alle Schadenfälle, die während der gesamten Vertragslaufzeit eintreten, insgesamt auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

Wir leisten nicht für die Differenz zwischen der für den Vorversicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme und der für die PHÖNIX UV Premium vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Differenz vom Versicherungsnehmer willentlich verursacht wurde.

15.3. Einschränkungen der Besitzstandsgarantie

15.3.1. Für Leistungen des Vorversicherungsvertrages, die bei uns nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind, gilt die Besitzstandsgarantie nur dann, wenn diese Leistungen in die PHÖNIX UV Premium eingeschlossen wurden.

15.3.2. Nicht unter die Besitzstandsgarantie fallen die im Vorversicherungsvertrag vereinbarte Gliedertaxe und eine gegebenenfalls vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel.

Das heißt, Berechnungsgrundlage für unsere Leistung ist die mit der PHÖNIX UV Premium vereinbarte Gliedertaxe und gegebenenfalls progressive Invaliditätsstaffel.

15.3.3. Assistanceleistungen, sonstige versicherungsfremde Leistungen sowie von dem Vorversicherer extern zugekaufte Versicherungsleistungen und Dienstleistungen fallen nicht unter die Besitzstandsgarantie.

15.3.4. Berufliche und gewerbliche Risiken, die in der PHÖNIX UV Premium nicht versicherbar sind.

15.3.5. Vorsätzlich verursachte Schadenfälle.

15.3.6. Ausschlüsse unter Ziffer 5 der AUB 2022.

15.4. Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

Ohne Mitwirkung des Versicherungsnehmers können wir unsere Leistung nicht erbringen. Im Versicherungsfall muss der Versicherungsnehmer daher – zusätzlich zu den Obliegenheiten der PHÖNIX UV Premium – insbesondere diese Pflichten erfüllen:

15.4.1. Pflichten des Versicherungsnehmers im Versicherungsfall

15.4.1.1. Aufklärungs- und Nachweispflicht

Der Versicherungsnehmer muss alles tun, was zur Aufklärung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht bei uns erforderlich ist.

Er muss dabei insbesondere

- › unsere Fragen zu den Umständen des Schadenereignisses und zur Leistungspflicht wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir können verlangen, dass der Versicherungsnehmer in Textform antwortet.
- › uns über den Vorversicherungsvertrag
- › den Versicherungsschein und
- › die allgemeinen und speziellen Versicherungsbedingungen einreichen
- › von uns angeforderte Nachweise vorlegen, soweit es ihm billigerweise zugemutet werden kann, diese zu beschaffen.

15.4.2. Leistungsfreiheit bzw. Leistungskürzung

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt eines Schadensfalles zu erfüllenden Obliegenheit brauchen wir nicht zu leisten.

Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- a) wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat,
- b) wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war,
- c) wenn wir es unterlassen haben, den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.

Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit gemäß b), wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.



16. max-Leistungsschutz (gilt nur für die Tariflinie PHÖNIX UV Premium):

16.1. Gegenstand des max-Leistungsschutz

Leistungen, die im Rahmen des vereinbarten Vertrages nicht eingeschlossen sind, jedoch durch einen leistungsstärkeren, allgemein zugänglichen Tarif zur privaten Unfallversicherung eines anderen in Deutschland zum Betrieb zugelassenen Versicherers zum Zeitpunkt des Schadeneintritts eingeschlossen wären, sind automatisch entsprechend den dortigen Regelungen mitversichert.

Diese Erweiterung gilt auch, wenn der andere Versicherer höhere Entschädigungsgrenzen (Sublimits) aufweist, jedoch nicht für beitragspflichtige Zusatzbausteine beim anderen Versicherer.

16.2. Höchstersatzleistung

Die Höchstersatzleistung für derartige Schäden ist für alle Schadenfälle, die während der gesamten Vertragslaufzeit eintreten, insgesamt auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt. Eine Ersatzleistung hierüber hinaus ist nicht möglich.

16.3. Einschränkungen des max-Leistungsschutz

Der max-Leistungsschutz gilt nicht für Schäden im Zusammenhang mit den nachfolgenden Ausschlüssen:

16.3.1. Für Leistungen, die bei uns nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind, gilt der max-Leistungsschutz nur dann, wenn diese Leistungen in die PHÖNIX UV Premium eingeschlossen wurden.

16.3.2. Nicht unter den max-Leistungsschutz fallen die Gliedertaxe und eine progressive Invaliditätsstaffel.

Das heißt, Berechnungsgrundlage für unsere Leistung ist die mit der PHÖNIX UV Premium vereinbarte Gliedertaxe und gegebenenfalls progressive Invaliditätsstaffel.

16.3.3. Assistancелеistungen, sonstige versicherungsfremde Leistungen sowie andere gegen Zusatzbeitrag vereinbarte Versicherungsleistungen und Dienstleistungen fallen nicht unter den max-Leistungsschutz.

16.3.4. Berufliche und gewerbliche Risiken, die in der PHÖNIX UV Premium nicht versicherbar sind.

16.3.5. Vorsätzlich verursachte Schadenfälle.

16.3.6. Ausschlüsse unter Ziffer 5 der AUB 2022.

17. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik 2022, Modell 3)

In Abweichung von Ziffer 2.1 der BB Dynamik 2022 können Sie sich auch für eine jährliche Erhöhung der Versicherungssummen um 2,5 % entscheiden.