

# Verbraucherinformation für PrivatSchutz-Versicherungen

---

in der Fassung 10/2019

# Allgemeine Hinweise

## I. Informationspflichten gemäß § 7 Versicherungsvertragsgesetz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung zu den Informationspflichten (§ 7 Versicherungsvertragsgesetz) regelt den Umfang der Verbraucherinformationen zu Versicherungsverträgen. Nachfolgend erhalten Sie diese Informationen bzw. einen Überblick darüber, wo Sie diese entnehmen können.

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und sollen an die Direktion des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

### Ihr Versicherer und ladungsfähige Anschrift

DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt am Main  
Telefon 069 7115-7750  
Telefax 069 7115-7751

Sitz der Niederlassung: Frankfurt am Main (HRB 112118)

### Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft besteht im Betreiben der Versicherungssparten Kraftfahrt-, Hausrat-, Haftpflicht-, Unfall-, Glas- und Rechtsschutzversicherung.

### Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach dem Versicherungsschein, der Vertragserklärung, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und / oder Klauseln sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

Den mit Ihnen vereinbarten Leistungsumfang können Sie der Vertragserklärung, Ihrem Versicherungsschein und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

### Versicherungsbeitrag

Diese Angaben entnehmen Sie bitte der Vertragserklärung.

Der zu zahlende Beitrag enthält die zum Zeitpunkt der Vertragserklärung gültige Versicherungsteuer.

### Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme der Vertragserklärung oder aus anderen Gründen – außer der gesetzlichen Versicherungsteuer, Mahngebühren sowie der Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines SEPA-Lastschriftverfahrens – werden nicht erhoben.

Sie haben das Recht, jederzeit gegen Erstattung der Kosten Abschriften der Erklärungen zu fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag, insbesondere bei der Antragstellung und im Schadenfall, abgeben haben.

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsablaufs können jedoch Telekommunikationskosten für Sie entstehen, wenn Sie uns kontaktieren. Ist in Ihren Unterlagen eine Service-Nummer angegeben, unter der Sie uns erreichen können, informieren wir Sie dort über die Höhe der Telekommunikationskosten. Für unsere Festnetznummern fallen die Gebühren Ihres Telekommunikationspartners an.

### Behlehung über die Rechtsfolgen bei Nichtzahlung des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag oder einmalige Beitrag muss von Ihnen rechtzeitig gezahlt werden. Wenn Sie Zahlung durch Lastschrift mit uns vereinbart haben, so ist der Beitrag dann rechtzeitig gezahlt, wenn sie (für die einzelnen Versicherungsverträge getrennt) bei Fälligkeit von Ihrem Konto eingezogen werden kann. Der Beitrag ist fällig nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang dieses Versicherungsscheins und wird dann unverzüglich (d. h. innerhalb der Zahlungsfrist von weiteren 14 Tagen) von Ihrem Konto abgebucht. Sofern Sie keine Lastschrift mit uns vereinbart haben (Selbstzahler), müssen Sie den Beitrag nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang dieses

Versicherungsscheins dann unverzüglich (d. h. innerhalb der Zahlungsfrist von weiteren 14 Tagen) an uns zahlen.

Ist der Erstbeitrag oder einmalige Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so sind wir als Versicherer auch nicht zur Leistung verpflichtet, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben. Sie verlieren also dann den Versicherungsschutz für den Vertrag, für den Sie den Beitrag nicht gezahlt haben.

Falls Sie hingegen die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben, so bleibt der Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit erhalten.

Solange der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wurde, steht uns als Versicherer der Rücktritt vom Vertrag zu, es sei denn Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Sofern Ihnen eine vorläufige Deckung erteilt wurde, erlischt diese gleichzeitig rückwirkend, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

### Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer des Ihnen unterbreiteten Angebots entnehmen Sie bitte dem im Angebotsdokument aufgeführten Datum. Es gilt vorbehaltlich einer Änderung der vom Gesetzgeber festgelegten Versicherungsteuer.

### Widerrufsbelehrung

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen 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. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Frist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

DA Deutsche Allgemeine Aktiengesellschaft

Platz der Einheit 2

60327 Frankfurt am Main

E-Mail: [infoservice@da-direkt.de](mailto:infoservice@da-direkt.de)

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 069 7115-7751

#### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten 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. Wir verzichten auf die Einbehaltung des Teils des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt. 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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

#### Ende der Widerrufsbelehrung

### **Laufzeit des Vertrages**

Diese Angaben entnehmen Sie bitte der Vertragserklärung oder dem Versicherungsschein.

### **Beendigung des Vertrages**

Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer verlängern sich Versicherungsverträge mit mindestens einjähriger Dauer stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

Ein Versicherungsvertrag, der für die Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen worden ist, kann von Ihnen zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt werden.

### **Anwendbares Recht und Rechtsweg**

Es gilt deutsches Recht.

Wenn Sie uns verklagen, können Sie Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag bei den nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist oder das örtlich zuständige Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes.
- b) Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen, können wir Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist.
- b) Haben Sie einen Geschäfts- oder Gewerbebetrieb, außerdem das Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebes befindet.

### **Vertragssprache**

Die Vertragssprache ist Deutsch, sofern im Einzelfall nicht etwas anderes vereinbart wird.

### **Versicherungsombudsmann**

Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Informationen über den Versicherungsombudsmann, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Die Postanschrift lautet:

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin

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

Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail an uns wenden: [vertragservice@da-direkt.de](mailto:vertragservice@da-direkt.de)

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiben.

### **Aufsichtsbehörde**

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der nachfolgend aufgeführten Behörden:

#### **Deutschland**

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Deutschland

Bei Fragen oder Beanstandungen, die im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, können Sie sich an die Behörde wenden.

Bitte beachten Sie, dass die genannte Behörde keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich von ihr entschieden werden.

## **II. Sanktionsklausel**

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

## **III. Folgende Klausel gilt nur, wenn versicherte Risiken im Ausland gelegen sind oder grenzüberschreitend transportiert werden:**

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die physische oder elektronische Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Bestimmung des Beitrages, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen und für statistische Auswertungen. Der Versicherer kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften und Partnerunternehmen der Zurich Insurance Group sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Verarbeitung weiterleiten.

Sofern ein Versicherungsvermittler (Broker) für den Versicherungsnehmer handelt, ist der Versicherer ermächtigt, diesem Kundendaten - wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Inkasso und Versicherungsfälle - bekannt zu geben.

## **Wir stehen Ihnen helfend zur Seite**

Wirksam, ohne Rückfragen und damit ohne Verzögerung geht das nur, wenn Sie uns helfen. Darum bitten wir um Folgendes:

- Entrichten Sie Ihren Beitrag pünktlich, dann haben Sie die Sicherheit, wenn Sie finanziell Hilfe brauchen
- Geben Sie bei jeder Anfrage oder Mitteilung stets Ihre Vertragsnummer an
- Informieren Sie uns sofort, wenn
  - sich ihre Adresse, Ihre Tätigkeit oder Beschäftigung ändert
  - Sie Ihre Wohnung verlegen oder aufgeben
  - Sie versicherte Sachen veräußern oder deren Wert sich verändert
  - sich durch Erwerb von Eigentum an weiteren Sachen oder Immobilien eine Gefahren- oder Risikoerhöhung ergibt oder
  - ein Schaden eintritt.

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

Damit wir Ihr Risiko ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Personenbezogenen Angaben (z. B. zur Unfallversicherung), die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der

Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft  
60327 Frankfurt am Main

in Textform 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 Zustellung der Police in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

### 2. Kündigung

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

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

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

Fassung 01.2017

**Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.**

**Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.**

**Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.**

## Inhaltsverzeichnis

### Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?  
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 Was ist nicht versichert?
- 6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei außerberuflichen Tätigkeiten beachten?

### Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?
- 9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?

### Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?
- 12 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie oder wir nach einem Versicherungsfall?

### Der Versicherungsbeitrag

- 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?
- 15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?
- 16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?
- 17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

### Weitere Bestimmungen

- 18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?
- 19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?
- 20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?
- 21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?
- 22 Welche besonderen Regeln gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?
- 23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?
- 24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?
- 25 Welches Recht ist anzuwenden?
- 26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?
- 27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?
- 28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?
- 29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?
- 30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?
- 31 Wie sind Sparten definiert?
- 32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?

## Der Versicherungsumfang

### 1 Was ist versichert?

#### 1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

#### 1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

#### 1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

#### 1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

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

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

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 einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet, z.B. die Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.4.3 Als Unfall gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.4.4 Als Unfall gilt auch ein Gesundheitsschaden, den sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt (z. B. Notwehr).

Das Gleiche gilt für Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person bei Rettungsbemühungen zuzieht. Dabei ist unerheblich, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person erfriert oder sich Erfrierungen zuzieht. Voraussetzung ist jedoch, dass die versicherte Person

- durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig der Kälte ausgesetzt wurde und
- sich dieser Situation aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.4.6 Als Unfall gilt auch, wenn unfreiwillig Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe entstehen. Ihre Einwirkungen gelten auch dann als plötzlich im Sinne von Ziff. 1.3, wenn die versicherte Person ihnen mehrere Stunden lang ausgesetzt war und die Einwirkungen nicht beruflich oder dienstlich bedingt stattfanden.

#### 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 (Ziff. 3) und zu den Ausschlüssen (Ziff. 5).

### 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

#### Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben,

und die in Ihrem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannt sind.

#### 2.1 Invaliditätsleistung

##### 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

###### 2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

###### 2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes 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 des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, wodurch Sie auf Dauer durch den Unfall beeinträchtigt sind.

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

###### 2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziff. 2.3), 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.

Eine vereinbarte Progressionsstaffel und weitere Leistungsverbesserungen können zur Erhöhung der Leistung führen.

Berechnet sich unter Berücksichtigung aller Bestimmungen eine Leistung, die mehr als das zehnfache der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme beträgt, so wird maximal die zehnfache Invaliditätsgrundsumme gezahlt.

##### 2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziff. 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 (Ziff. 2.1.2.2.2).

Maßgeblich für die Erstbemessung des Invaliditätsgrades und alle weiteren Bemessungen (Ziff. 9.4) ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall erkennbar ist.

Der Grad der unfallbedingten Invalidität kann gemäß Ziff. 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.



### 2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

- Arm einschließlich Schultergelenk 70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
- Hand einschließlich Handgelenk 55 %
- Daumen 20 %
- Zeigefinger 10 %
- anderer Finger 5 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk 70 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
- Bein bis unterhalb des Knies 50 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %
- Fuß einschließlich Fußgelenk 40 %
- große Zehe 5 %
- andere Zehe 2 %
- Auge 50 %
- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %

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

### 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 Ziff. 2.1.2.2.1 und Ziff. 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

### 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.

### 2.1.2.2.5 Progressionsstaffeln

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, wird die Berechnung der Invaliditätsleistung wie folgt erweitert:

#### Progressive Invaliditätsstaffel 100 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, ergibt sich die Invaliditätsleistung aus dem festgestellten prozentualen Invaliditätsgrad und der im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegten Invaliditätsgrundsumme.

#### Progressive Invaliditätsstaffel 225 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme.

Die progressive Invaliditätsstaffel 225 % entfällt, sobald die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gilt automatisch die unter dieser Ziffer aufgeführte progressive Invaliditätsstaffel 100 % als Bestandteil des Vertrages.

#### Progressive Invaliditätsstaffel 350 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsgrundsumme.

Die progressive Invaliditätsstaffel 350 % entfällt, sobald die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gilt automatisch die unter dieser Ziffer aufgeführte progressive Invaliditätsstaffel 100 % als Bestandteil des Vertrages.

#### Progressive Invaliditätsstaffel 500 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätsgrundsumme
- für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätsgrundsumme

Die progressive Invaliditätsstaffel 500 % entfällt, sobald die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gilt automatisch die unter dieser Ziffer aufgeführte progressive Invaliditätsstaffel 100 % als Bestandteil des Vertrages.

### 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 (Ziff. 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1.1 sind erfüllt.

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

### **2.1.2.4 Wiederkehrende Zahlung der Invaliditätsgrundsumme**

#### **2.1.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 % und besteht weiterhin nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Zeitraum. Dies ist auf Anforderung durch uns mit einem ärztlichen Gutachten nachzuweisen.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 2.1.1 und 2.1.2.2. Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen bleiben unberücksichtigt.

Bei der Bemessung des für die wiederkehrende Zahlung mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

#### **2.1.2.4.2 Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Unfalltag, die zum Unfalltag gültige Invaliditätsgrundsumme.

Der Anspruch auf Leistung der wiederkehrenden Zahlung endet mit dem Tod der versicherten Person.

## **2.2 Unfall-Rente**

### **2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsatz.

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

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

### **2.2.2 Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

### **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 Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem**

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziff. 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Mindestprozentsatz gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

### **2.2.4 Berechnungsgrundlagen und Neubemessung des Invaliditätsgrades**

Der nach Ziff. 2.2.1 maßgebliche Invaliditätsgrad bemisst sich nach Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4. Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen bleiben unberücksichtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad kann gemäß Ziff. 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

## **2.3 Todesfalleistung**

### **2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung**

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

Bitte beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziff. 7.6.

### **2.3.2 Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

## **2.4 Krankenhaustagegeld**

### **2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren oder 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 die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Jahre ab dem Tag des Unfalles.

## **2.5 Genesungsgeld (doppeltes Krankenhaustagegeld)**

### **2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4.

### **2.5.2 Art und Höhe der Leistung**

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten. Der maximale Leistungszeitraum sowie die Höhe der Leistung ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

## **2.6 Ambulantes Krankenhaustagegeld**

### **2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person unterzieht sich einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten ambulanten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose).

Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

### **2.6.2 Art und Höhe der Leistung**

Das ambulante Krankenhaustagegeld wird einmalig in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Anzahl an Tagessätzen des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## **2.7 Kurgeld**

### **2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.



## 2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Das Kurgeld wird, für jeden Unfall nur einmal, in Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## 2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

### 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten;
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle

entstanden.

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

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

### 2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrages.

Hierzu zählen auch die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer. Voraussetzung ist, dass die Nutzung durch einen tauchtypischen Gesundheitsschaden nach Ziff. 1.4.2 veranlasst wurde und medizinisch geboten war.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## 2.9 Kosten für medizinische Hilfsmittel

### 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrrad als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

### 2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages ersetzt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## 2.10 Kosten für kosmetische Operationen

### 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

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.

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

### 2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

- für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,
- für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- für Zahnbehandlung und Zahnersatz

insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Versicherungssumme.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen, Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege.

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## 2.11 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres

### 2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, zu dessen Behandlung sie sich in medizinisch notwendige stationäre und/oder ambulante Heilbehandlung begibt.

Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals, der Oberschenkelkopf oder der große Rollhügel gebrochen ist. Der Oberschenkelhalsbruch muss nicht aus einem Unfallereignis gemäß Ziff. 1.3 resultieren. Ziff. 5.2.3 bleibt unberührt.

Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.

### 2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt prozentual von der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Es gelten die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsätze und maximalen Leistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## 2.12 Kosten für Rooming-In

### 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person, für die ein Krankenhaustagegeld vereinbart ist, hat am Unfalltag das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet. Sie befindet sich nach einem Unfall im Sinne von Ziff. 1 in medizinisch

notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Eltern- oder Großelternanteil oder ein Pate übernachtet mit ihr im Krankenhaus (Rooming-In).

### 2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Je Übernachtung wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldbetrages des versicherten Kindes gezahlt.

Der maximale Leistungszeitraum sowie der Höchstauszahlungsbetrag je Unfallereignis ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

## 2.13 Versicherungsleistungen für neue Familienmitglieder

### 2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Nach Beginn des Versicherungsschutzes neu hinzukommende

- Neugeborene und
- noch nicht bei uns unfallversicherte Ehe-/oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einer versicherten Person sind beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz besteht bei Neugeborenen ab Geburt, bei Ehe-/oder Lebenspartnern ab dem Tag Ihrer standesamtlichen Eheschließung bzw. ab dem Tag der Begründung Ihrer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes für den Zeitraum von zunächst drei Monaten.

Wird uns gegenüber in diesem Zeitraum die Geburt durch Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde oder die Eheschließung durch Vorlage einer Kopie der Heiratsurkunde bzw. die Begründung der Lebenspartnerschaft durch Vorlage der Begründungsurkunde angezeigt, so verlängert sich der Versicherungsschutz um weitere drei auf insgesamt sechs Monate.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

### 2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Versichert sind folgende Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung (Ziff. 2.1)
- Todesfalleistung (Ziff. 2.3)
- Krankenhaustagegeld (Ziff. 2.4) bzw. Genesungsgeld (Ziff. 2.5)
- Bergungskosten (Ziff. 2.8)

Die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

## 2.14 Assistenzleistungen

Der Versicherungsschutz dieser Ziffer kann unabhängig von anderen vereinbarten Leistungsarten von den Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen von Ziff. 12 selbstständig gekündigt werden.

Erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. dieser Ziffer begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrem Unfallversicherungsvertrag. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

Soweit für erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. ein anderer Ersatzpflichtiger – insbesondere eine Kranken- oder Pflegeversicherung – eintrittspflichtig ist, sind die uns entstandenen Kosten entsprechend voll oder anteilig zurückzuzahlen. Etwa erforderliche Anträge zur Bewirkung von Leistungen sind von Ihnen oder der versicherten Person bei den anderweitig Ersatzpflichtigen zu stellen und uns auf Verlangen nachzuweisen. Die von einem anderweitig Ersatzpflichtigen erbrachten Leistungen sind ebenfalls entsprechend darzulegen und nachzuweisen.

Die in Abschnitt C. festgelegten Höchstbeträge beinhalten die gesetzliche Mehrwertsteuer und werden nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

## A. Informationsleistungen

Die nachfolgenden Informationsleistungen werden auf Ihren Wunsch unabhängig von einem Unfallereignis erbracht.

### (1) Zusendung von Formularen

Der versicherten Person werden eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zugesandt.

### (2) Informationen zu Wellness- und Gesundheitsreisen

Der versicherten Person werden spezielle Wellness-Reiseveranstalter und Wellness-Hotels sowie Reiseveranstalter von Gesundheitsreisen benannt. Bei Bedarf erfolgt die Zusendung einer Auflistung mit Reiseveranstaltern und Hotels per Post oder per E-Mail.

### (3) Informationen zu Ernährung und Sportvereinen

Der versicherten Person wird eine Auflistung mit Tipps zur gesunden Ernährung per Post oder E-Mail zugesandt. Diese Leistung beinhaltet keine Ernährungsberatung. Zusätzlich werden Sportvereine in der Region oder in der Nähe des Wohnortes benannt und bei Bedarf eine Auflistung per Post oder E-Mail versandt.

### (4) Reiseinformationsleistungen

Die versicherte Person erhält folgende Informationen:

- Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen
- Informationen über Ein- und Durchreise, Visabestimmungen
- Informationen über Devisenbestimmungen, Währungen
- Informationen über Fremdenverkehrsämter
- Nennung von Reisebüros
- Informationen über diplomatische und konsularische Vertretungen

### (5) Informationen zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke

Die versicherte Person erhält eine Zusammenstellung von frei verkäuflichen Medikamenten für eine Reiseapotheke. Die Leistung beinhaltet keine medizinische Beratung zu den Medikamenten.

### (6) Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/KFZ

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des KFZ vermittelt.

### (7) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Der versicherten Person werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl etc. vermittelt. Eine Kostenerstattung erfolgt nicht.

### (8) Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08.00 bis 20.00 Uhr steht der versicherten Person unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information und Rücksprache über medizinische Fragen zur Verfügung. Das medizinische Fachpersonal berät sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Information über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention
- Erläuterung von Therapiealternativen
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten etc. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken etc.

Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf etc. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

## B. Hilfeleistungen im Inland

### Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall

zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

(b) Für Personen ab Vollendung des 70. Lebensjahres gilt: Die Hilfeleistungen im Inland können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs/Behandlung wegen folgender - nicht unfallbedingter - Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden (ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen): Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass-Operation sowie Oberschenkelhalsbruch aufgrund Osteoporose.

(c) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

(d) In Einzelfällen können die Hilfeleistungen von einem Verwandten oder einer anderen nahe stehenden Person erbracht werden. In diesen Fällen können wir einen pauschalen Betrag pro Stunde erstatten, der – je nach Leistungsart – von uns festgelegt wird. Die Hilfeleistungen müssen entsprechend nachgewiesen werden, ein Rechtsanspruch entsteht hierdurch nicht.

Solche Personen sind direkt von Ihnen oder der versicherten Person und nicht von uns beauftragt. Wir sind daher in diesen Fällen von jeder Haftung für die Tätigkeit der nicht von uns beauftragten Person befreit.

Eine Privaterstattung ist grundsätzlich nicht möglich für folgende Leistungen: Grundpflege, Verhinderungspflege sowie Tag- und Nachtwache.

Die in den nachfolgend unter „Leistungsumfang“ in den jeweiligen Ziffern jeweils aufgeführten Höchstsätze bilden dabei die Obergrenze für eine Erstattung.

## **Leistungsumfang**

### **(1) Installation einer Hausnotrufanlage**

In der Wohnung/in dem Haus der versicherten Person wird die Installation einer Hausnotrufanlage organisiert, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist. Dieser leitet bei Bedarf notwendige Hilfsmaßnahmen (z. B. Pflegepersonal anfordern, Krankentransport veranlassen, Feuerwehr oder Polizei verständigen, Hausarzt benachrichtigen, Information der Angehörigen) ein. Die Einrichtung der Hausnotrufanlage erfolgt durch den Dienstleister.

Die Kosten für die Erstinstallation sowie die für die Dauer des Leistungszeitraumes anfallenden laufenden Kosten werden übernommen.

### **(2) Menüservice**

Die versicherte Person erhält nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die versicherte Person kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot auswählen.

### **(3) Besorgungen/Einkäufe**

Bis zu zweimal in der Woche mindestens 2 Stunden werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, z. B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, tragen Sie bzw. die versicherte Person.

### **(4) Begleitung/Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen**

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt unumgänglich ist, dorthin gebracht, wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Termins/Besuchs begleitet.

### **(5) Reinigung der Wohnung**

Einmal in der Woche wird mindestens 2 Stunden innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

### **(6) Versorgung der Wäsche**

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person bis zu einer Dauer von drei Stunden gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

### **(7) Fahrdienst zur Krankengymnastik/-therapie**

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person zur Krankengymnastik/-therapie gebracht und wieder abgeholt.

### **(8) Organisation einer Haustierbetreuung**

Der versicherten Person wird die Betreuung ihrer Haustiere bis zu siebenmal in der Woche organisiert. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

### **(9) Gartenpflege**

Wir organisieren die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Gartenpflege am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die Kosten hierfür. Hierzu zählen u.a. die Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen sowie Mähen des Rasens.

### **(10) Kinderbetreuung**

Sollte aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von max. 48 Stunden organisiert und die Kosten für diesen Zeitraum übernommen.

Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr z.B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereiten der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.

## **C. Hilfeleistungen im Ausland**

### **Allgemeine Leistungsvoraussetzungen**

(a) Erleidet die versicherte Person im Ausland (als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes innerhalb der EU/EWR, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat) einen Unfall nach Ziff. 1, organisieren wir die im nachfolgenden Leistungsumfang beschriebenen Leistungen und übernehmen die Kosten, sofern die Organisation durch einen von uns beauftragten Dienstleister erfolgt und es die Besonderheiten des jeweiligen Landes zulassen.

Leistungseinschränkung

(b) Haben Sie oder die versicherte Person sich aufgrund unserer Leistung Kosten erspart, die Sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, können wir unsere Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen.

(c) Haben Sie oder die versicherte Person aufgrund desselben Schadenfalles neben den Ansprüchen auf Leistungen durch uns

auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, kann insgesamt keine Entschädigung verlangt werden, die den Gesamtschaden übersteigt.

(d) Soweit im Schadenfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie ihn an uns, werden wir im Rahmen der Hilfeleistungen mit Kostenübernahme bei Auslandsreisen in Vorleistung treten.

## **Leistungsumfang**

### **(1) Vermittlung ärztlicher Betreuung**

Nach einem Unfall auf einer Reise im Ausland informieren wir die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

### **(2) Arzneimittelversand**

Ist die versicherte Person auf einer Reise im Ausland zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, sorgen wir nach Abstimmung mit dem Hausarzt für die Zusendung des Arzneimittels und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen. Entstehende Kosten für eine eventuell notwendige Abholung des Arzneimittels sowie dessen Verzollung werden erstattet.

### **(3) Krankenrücktransport**

Muss die versicherte Person auf einer Reise an ihren ständigen Wohnsitz zurücktransportiert werden, sorgen wir für die Durchführung des Rücktransportes und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Art und Zeitpunkt des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig sein. Unsere Leistung erstreckt sich auch auf die Begleitung des Erkrankten durch einen Arzt oder Sanitäter, wenn diese behördlich vorgeschrieben ist.

### **(4) Kosten für Krankenbesuch**

Muss sich die versicherte Person auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, zahlen wir die Fahrt- und Übernachtungskosten für Besuche durch eine nahestehende Person bis zur Höhe von 600 EUR.

### **(5) Rückholung von mitreisenden Kindern**

Können mitreisende angehörige Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Erkrankung der versicherten Person weder von dieser noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für deren Abholung und Rückfahrt mit einer Begleitperson zu ihrem ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch entstehenden Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse oder Flug ab 1.000 km Entfernung.

### **(6) Hilfe im Todesfall**

Stirbt die versicherte Person auf einer Reise im Ausland, sorgen wir nach Abstimmung mit den Angehörigen für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung an ihren ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch jeweils entstehenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR.

### **(7) Hilfeleistung in besonderen Notfällen**

Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland in eine besondere Notlage, die in den Ziff. 1 bis 6 nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, werden die erforderlichen Maßnahmen veranlasst und die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 300 EUR je Schadenfall übernommen. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

## **D. Pflegeleistungen**

### **Allgemeine Leistungsvoraussetzungen**

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Pflegebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Pflegebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.

(b) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Pflegeleistung richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Pflegeleistungen werden für die Dauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland am Ort des Haushaltes erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

### **Leistungsumfang**

#### **(1) Tägliche Grundpflege**

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrads 2 nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege einschließlich Teilwaschung (dazu zählen Waschen, z. B. des Intimbereichs; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege) oder Ganzwaschung (dazu zählen Waschen, Duschen und Baden; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege), Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird täglich mindestens 45 Minuten erbracht.

#### **(2) Verhinderungspflege**

Ist die versicherte Person aufgrund des Unfalls nicht mehr in der Lage, eine im Haushalt lebende pflegebedürftige Person zu betreuen, organisieren wir einmalig je Unfallereignis eine Kurzzeitpflege.

Die Kosten hierfür werden üblicherweise von der Pflegeversicherung übernommen. Wir übernehmen die Kosten für den Fall, dass die Pflegeversicherung hierfür nicht aufkommt.

#### **(3) Pflegeberatung**

Stehen der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu, so werden Sie, die versicherte Person oder deren Angehörige telefonisch beraten durch pflegeerfahrene Ärzte oder pflegeerfahrene medizinische Fachkräfte zu folgenden Themen:

- über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegeversicherung und das entsprechende Antragsverfahren
- Beratung zu Pflegeinstufung inkl. Widerspruchsverfahren
- Beratungen zu Leistungen der Krankenversicherung, z. B. auch zur Hilfsmittelversorgung bzw. Maßnahmen der Rehabilitation gemäß SGB V
- Medizinische Informationen zu alterstypischen Krankheitsbildern
- Leistungen der Pflegeversicherung (Sach- und Geldleistungen), Beratung nach SGB XI
- Beratung zu Pflegehilfsmitteln (keine Kostenzusagen im Rahmen der Pflegeversicherung) sowie zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements: Abklärung der aktuellen Situation und des Bedarfs nach Entlassung; dies umfasst die Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung in ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären Pflege, Orga-



nisation/Koordination von Hilfsmitteln, Essen auf Rädern, Fahrdienst etc., Informationen/Beratung zu Kostenträgern im Pflegebereich (z. B. Pflegeversicherung), Informationen zu und Benennung von therapeutischen Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten

- Beratung zu Finanzierung von Pflegeleistungen und Pflegeheimplätzen, allgemeine Beratung laut SGB.

#### (4) Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (max. 2 Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege geschult.

Die Schulung wird einmal durchgeführt. Die Kosten für die Schulung sind auf 100 EUR begrenzt.

#### (5) Tag- und Nachtwache

Keht die versicherte Person nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurück und muss sie aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird einmalig für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

#### (6) Benennung eines Pflegedienstes

Der versicherten Person wird ein Pflegedienst in ihrer Region oder in der Nähe ihres Wohnortes benannt. Sind mehrere Pflegedienste in der Nähe verfügbar, werden mehrere benannt.

#### (7) 24 Stunden Pflegeplatzgarantie

Wir garantieren bei Bedarf eine Unterbringung der versicherten Person oder einer in deren Haushalt lebenden Person in einer stationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt. Anschließend unterstützen wir Sie, falls erforderlich, bei der Suche nach einem langfristig gewünschten und geeigneten Pflegeplatz.

### E. Reha-Manager

#### Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die Leistungen werden auf Basis der individuellen Bedürfnisse der versicherten Person für einen Zeitraum von 3 Jahren für Erwachsene und 5 Jahre für Kinder, gerechnet vom Unfalltag an, ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Rehabilitation und den notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich erbracht.

(b) Der Reha-Manager hilft Ihnen nach einem Unfall (auf Basis der individuellen Bedürfnisse des Patienten oder Versicherten bei ihrer Rehabilitation und notwendigen Veränderungen) im beruflichen und privaten Bereich. In Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern werden Maßnahmen geplant und umgesetzt. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern. Er berät auch bei Veränderungen der erforderlichen Maßnahmen auf Basis der Leistungen aus der Unfallversicherung und Leistungen anderer Stellen (z. B. Sozialversicherungsträger und Behörden). Die Entscheidung über die Verwendung der Leistungen trifft aber ausschließlich der Versicherte. Rechtsberatung oder -vertretung wird in keinem Falle geleistet.

(c) Im Schadenfall ermitteln wir Ihren konkreten unfallbedingten Bedarf für die einzelnen Hilfeleistungen, unterstützen Sie durch Informationen und weisen einen oder mehrere entsprechende Leistungserbringer nach, deren Einschaltung wir, soweit nachstehend vereinbart, für Sie organisieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten. Die Auswahl, Beauftragung und Bezahlung der Leistungserbringer obliegt ausschließlich der versicherten Person. Alle Kosten für die Dienstleistung werden ausschließlich von der versicherten Person getragen.

#### Leistungsumfang

Die Aufgaben des Reha-Managers umfassen folgende Unterstützungsleistungen:

##### (1) Informationsdienstleistungen

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir Sie mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Angaben zur Erreichbarkeit von

- Rehabilitationsberatern,
- Behindertentransport-Möglichkeiten,
- Selbsthilfegruppen,
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnung und KFZ,
- Verbänden und Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen),
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim, oder von/an den eigenen Wohnsitz,
- praktischen Ärzten in Wohnortnähe,
- Fachärzten,
- Gartenhelfern,
- Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern,
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause).

##### (2) Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen medizinischen/pflegerischen Bedarfs,
- Hilfe bei der Organisation eines stationären Aufenthaltes,
- Hilfe bei der Organisation einer Reha-Maßnahme,
- Benennung einer psychologischen Betreuung,
- Organisation des Transportes zu stationärer Behandlung oder ambulanten Rehabilitation,
- Bei Bedarf Organisation der Einholung ärztlicher Zweitmeinung durch Benennung eines Arztes/Gutachters,
- Unterstützung bei der Organisation von Heil- und Hilfsmitteln,
- Organisation eines Begleitservice zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim.

##### (3) Berufliche Rehabilitation

(a) Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

(b) Unter bisheriger Lebensstellung ist die finanzielle und soziale Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

(c) Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

(d) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

#### Leistungsumfang

Unterstützung durch Informationen und Vermittlung des Kontaktes zu Personal- und Berufsberatern bei

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann,
- der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten,

- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern sowie Schulen nach Analyse vom Personalberater,
- der geeigneten Arbeitsplatzsuche.

#### (4) Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Spezialisierten Kindergärten,
- Spezialisierten Schulen,
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,
- Organisation von Elternbegleitung,
- Nachhilfe zu Hause,
- Tagesmüttern,
- Kinderkrankenschwestern.

#### (5) Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Rehabilitationsberatern,
- Verbänden,
- Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen (Beispiele siehe Ziff. 2.14.E.1),
- Behörden,
- Therapieberatern und Therapiezentren,
- Psychologen, psychologischen Zentren,
- Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten,
- Transportunternehmen und Organisation von Transporten nach Bedarf und Anforderung (max. 3 Angebote je Anfrage),
- Umbau der Wohnung/KFZ: Organisation der Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten,
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Unternehmen wie z. B. Architekten, Baufirmen, Werkstätten, Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes,
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen durch allgemeine Informationen oder den Nachweis von Beratern.

### 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.

#### 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,
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Prozentsatz, nehmen wir keine Minderung vor.

### 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des

täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mindestens Pflegegrad 3 nach § 15 Sozialgesetzbuch XI)

oder

- geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung so hochgradig ist, dass sie einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziff. 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für die in Ziff. 4.1 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

## 5 Was ist nicht versichert?

### 5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziff. 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden, gelten als versichert.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum verursacht sind, gelten als versichert, wenn der Blutalkoholgehalt

- beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille,
- bei der Benutzung eines Fahrrades unter 1,6 Promille,
- in allen sonstigen Fällen unter 2,0 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt alkoholkrank gewesen ist.

Versicherungsschutz besteht zudem für Unfälle im Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht, sofern der Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung

- durch Alkoholeinfluss oder
- die Einnahme von Schlafmitteln oder
- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurde.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

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

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.



Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme 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 atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

#### 5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Das Kitesurfen wird ausdrücklich nicht als das Führen von Luftfahrzeugen bzw. Luftsportgeräten angesehen.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Kommt es bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen nur zum Teil auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit an, so beschränkt sich der Ausschluss nur auf diese Teile (z. B. Sonderprüfung bei Rallyes).

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als versichert, das gilt jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

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

## 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziff. 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 Strahlen, außer durch Röntgen-, Maser- und Laserstrahlen, künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie durch energiereiche Strahlen bis 100 EV verursachte Gesundheitsschädigungen, die sich als Unfälle im Sinne der Ziff. 1.3 darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Schäden durch die in Satz 1 beschriebenen Strahlenarten, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Strahlenapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

#### 5.2.4 Infektionen

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf,
- 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 besteht (Ziff 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

#### 5.2.4.1 Erweiterter Versicherungsschutz bei Infektionen

##### 5.2.4.1.1 Abweichend von Ziff. 1.3 und Ziff. 5.2.4 gilt als Unfall auch

- die erstmalige Infektion mit einem Erreger der Infektionskrankheiten Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis, Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlafkrankheit/Tsetse-Krankheit, Tularämie/Hasenpest, Typhus/Paratyphus oder Windpocken/Gürtelrose,
- eine Gesundheitsschädigung durch eine Schutzimpfung gegen die in Ziff. 5.2.4.1.1 aufgeführten Krankheiten,
- die erstmalige Infektion mit einem Erreger gemäß Ziff. 5.2.4.1.1 trotz vorheriger Schutzimpfung.

5.2.4.1.2 In Ergänzung der Ziff. 5.2.4 gelten als Unfälle auch alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger

- durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
- durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustandekommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

5.2.4.1.3 Infektionen infolge von Insektenstichen und Insekten-/Tierbissen sind mitversichert. Die Abgrenzung gemäß Ziff. 5.2.4 findet insoweit keine Anwendung. Ausgeschlossen bleiben die Infektionen jedoch, wenn die Insektenstiche oder Insekten-/Tierbisse bei der Ausübung des Berufes erfolgten.

5.2.4.1.4 Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziff 1.3 sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen versichert.

#### 5.2.4.2 Beginn des Versicherungsschutzes

5.2.4.2.1 Der Versicherungsschutz beginnt – abweichend von Ziff. 10 – nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt mit Ausstellung des Versicherungsscheins bzw. des Nachtrags. Erstmalige Infektionen bzw. Gesundheitsschädigungen, die sich vor Ablauf der Wartezeit manifestieren, sind nicht versichert.

5.2.4.2.2 Die Wartezeit entfällt für während der Vertragsdauer geborene Kinder.

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

Ausnahme:

Versichert sind

- die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen unabhängig vom Alter der versicherten Person.

- Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

## **6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei außerberuflichen Tätigkeiten beachten?**

### **6.1 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 des Beitrages ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Durch eine Änderung der Berufstätigkeit können sich neue risikorelevante Umstände ergeben, die individuell geprüft werden müssen und zu einer Anpassung des Vertragsinhalts führen können.

Hinweis: Insbesondere der Wechsel zwischen einer körperlich/handwerklichen Tätigkeit und einer kaufmännisch/verwaltenden Tätigkeit löst eine Überprüfung der Risikoverhältnisse aus.

#### **6.1.1 Mitteilung der Änderung**

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

#### **6.1.2 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 eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

## **Der Leistungsfall**

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

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

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

**7.1** Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Melden Sie uns den Schaden nicht, weil zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und holen dann die Meldung unverzüglich nach, liegt keine Obliegenheitsverletzung vor.

**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 Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

**7.4** Geht der Versicherte nach einem Unfall seinem Beruf aus Pflichtgefühl weiter nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

**7.5** 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.

**7.6** Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Diese Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

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 Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?**

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziff. 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 Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

## **9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?**

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 – bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. 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 es für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Obliegenheiten nach Ziff. 7.

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

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.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

## 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, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1 % jährlich zu verzinsen.

## Die Versicherungsdauer

### 10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziff. 15.1 zahlen.

### 11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?

#### 11.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen angegebene Zeit abgeschlossen.

#### 11.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

#### 11.3 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 darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform zugegangen sein

### 12 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie oder wir nach einem Versicherungsfall?

#### 12.1 Kündigungsmöglichkeit

Sie oder wir können 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 – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

#### 12.2 Kündigung durch Sie

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.

#### 12.3 Kündigung durch uns

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

## Der Versicherungsbeitrag

### 13 Wie ist die Versicherungsperiode bei der Beitragszahlung definiert?

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einem Einmalbeitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

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

### 14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

#### 14.1 Fälligkeit

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.

#### 14.2 Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig.

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

#### 14.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### 15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

#### 15.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein, dessen Nachträgen oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

#### 15.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen.

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

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein.

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

#### 15.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen wurden.

## 15.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

## 16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?

### 16.1 Ihre Pflichten als Beitragszahler

Ist zur Einziehung des Beitrages das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart worden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des Kontos sorgen, der Beitrag entsprechend eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

### 16.2 Änderung des Zahlungswegs

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, die Lastschriftvereinbarung für den fälligen Beitrag und zukünftige Beiträge in Textform zu kündigen und künftig Zahlungen außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Sie sind zur Übermittlung des ausstehenden Beitrags und künftiger Beiträge erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

### 16.3 Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im SEPA-Lastschriftverfahren gezahlt werden.

## 17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

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

## Weitere Bestimmungen

### 18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?

**18.1** 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.

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

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

## 19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?

### 19.1 Form

Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind für uns bestimmte Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben.

Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Anzeigen und Erklärungen bleiben unberührt.

### 19.2 Nichtanzeige einer Anschriften- bzw. Namensänderung

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

### 19.3 Nichtanzeige der Verlegung einer gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebes abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziff. 19.2 entsprechend Anwendung.

### 19.4 Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Erstwohnsitz ins Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland), erlischt der Versicherungsschutz für Sie und die versicherte Person zum Datum der Abmeldung und es erfolgt die Aufhebung des Vertrages.

Die Abmeldebescheinigung ist uns unverzüglich zu übersenden.

## 20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?

**20.1** Die Höhe des Beitrages hängt unter anderem von dem Geburtsdatum der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Beiträge sind unsere geltenden Tarifbestimmungen.

Die Korrektur des Geburtsdatums müssen Sie uns unverzüglich in Textform mitteilen.

**20.2** Bei einer Erhöhung des Beitrages aufgrund veränderter Beitragssätze können Sie den Vertrag kündigen.

Die Kündigung hat spätestens einen Monat nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung zu erfolgen. Sie wird einen Monat nach Zugang wirksam. Die Kündigung hat in Textform zu erfolgen.

**20.3** Wir können bei einer Kündigung durch Sie den Beitrag nur in der bisherigen Höhe zeitanteilig bis zur Wirksamkeit der Kündigung beanspruchen.

## 21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?

### 21.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.



Wird der Vertrag von einem Vertreter von Ihnen geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

## **21.2 Rücktritt**

### **21.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts**

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

### **21.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts**

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### **21.2.3 Folgen des Rücktritts**

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

## **21.3 Vertragsanpassung oder Kündigungsrecht**

21.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen.

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

21.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag 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 fristlos in Textform kündigen.

### **21.4 Voraussetzungen für die Durchsetzung der Rechte nach Ziff. 21.2 und 21.3**

Wir müssen die uns nach Ziff. 21.2 und 21.3 zustehenden Rechte 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.

Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziff. 21.2 und 21.3 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziff. 21.2 und 21.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Vertragsanpassung oder zur Kündigung. 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.

## **21.5 Anfechtung**

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

## **22 Welche besonderen Regelungen gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?**

### **22.1 Umstellung auf den Erwachsenenarif**

Für Kinder, die bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres versichert werden, richtet sich der zu zahlende Beitrag nach dem Kindertarif. Die Anwendung des Kindertarifes endet grundsätzlich zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

In der Folgezeit soll der Versicherungsschutz den veränderten Lebensumständen angepasst und der Beitrag entrichtet werden, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenentarif ergibt.

Die vereinbarten Versicherungssummen werden als Vorsorge-schutz unverändert weiter fortgeführt.

Kommt eine Neuordnung des Vertrages nicht bis zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 19. Lebensjahres folgt, zustande, erfolgt die Beitragsberechnung anhand des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenentarifes, die Versicherungssummen bleiben unverändert bestehen.

Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

### **22.2 Fortführung des Versicherungsvertrages**

Wenn Sie vor Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sterben, gilt unter der Voraussetzung, dass Sie bei Antragstellung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, Folgendes:

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

22.2.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Mit Ablauf dieses Jahres endet die Versicherung.

## **23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?**

### **23.1 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)**

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, werden die Versicherungssummen der nachfolgend aufgeführten Leistungsarten jährlich - bis zu den jeweiligen tariflichen Höchstversicherungssummen - um den dort genannten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für Tagegeld, Krankenhaus-tagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 EUR, für die verbesserte Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für die Unfall-Rente auf volle 5 EUR aufgerundet.

Der neue Beitrag errechnet sich aus den erhöhten Versicherungssummen.

### **23.2 Erstmaliger Erhöhungstermin**

Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres, im Falle der Vereinbarung einer Ergänzungs-Deckung nach Ziff. 35 jedoch frühestens zum Beginn des auf den Ablauf der Ergänzungs-Deckung folgenden Versicherungsjahres.

### **23.3 Unterrichtung über die erhöhten Versicherungssummen**

Spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag.

### **23.4 Ihr Recht auf Widerruf**

Sie können die Vereinbarung über die Erhöhungen jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres in Textform widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziff. 23.3.

### **23.5 Form des Widerrufs und Wiederaufnahme der jährlichen Erhöhungen**

Sie sind auf den Fristablauf hinzuweisen. Ihr Widerruf ist in Textform an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Ihren Wunsch hin wird die Versicherung mit jährlicher Erhöhung der Versicherungssummen (Dynamik) wieder fortgeführt.

### **23.6 Unser Recht auf Widerruf**

Wir können für die Zukunft die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik) mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform widerrufen.

### **23.7 Beendigung der jährlichen Erhöhungen bei Beitragsfreistellung**

Wird der Vertrag nach Ziff. 22.2 beitragsfrei gestellt, treten die Regelungen gemäß Ziff. 23.1 bis 5 bei Ihrem Tod außer Kraft.

### **23.8 Beendigung der jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)**

Die in 23.1 aufgeführten Leistungsarten werden für eine versicherte Person zur nächsten Hauptfälligkeit nicht mehr erhöht, wenn

- sie das 70. Lebensjahr vollendet hat oder
- die tariflichen Höchstversicherungssummen bei den Leistungsarten Invalidität oder Unfall-Rente erreicht wurden.

## **24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?**

**24.1** Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

**24.2** Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

## **25 Welches Recht ist anzuwenden?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Die Vertragssprache ist deutsch.

## **26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?**

### **26.1 Klagen gegen uns**

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können Sie Ihre Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

### **26.2 Klagen gegen Sie**

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der

Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

## **26.3 Unbekannter Wohnsitz**

Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

## **27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?**

Sofern wir zukünftig Verbesserungen der Versicherungsleistungen anbieten, können diese auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die Verbesserungen der Versicherungsleistungen informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der verbesserten Versicherungsleistungen ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Die Verbesserungen werden dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie den von uns vorgeschlagenen Verbesserungen der Versicherungsleistungen nicht innerhalb von 6 Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

## **28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?**

### **28.1 Bedingungsoptimierung aufgrund neuer verbesserter Bedingungen**

Sofern wir zukünftig ein verbessertes Bedingungswerk anbieten, kann dieses auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungswerkes ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Das verbesserte Bedingungswerk wird dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie der von uns vorgeschlagenen Bedingungsanpassung nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden.

Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

### **28.2 Bedingungsanpassung aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigem Verwaltungsakt**

Bei Vorliegen nachfolgender Voraussetzungen können wir eine Regelung Ihrer Versicherungsbedingungen anpassen.

#### **28.2.1 Feststellen der Unwirksamkeit einer Regelung**

Wird durch

- eine höchstrichterliche Rechtsprechung,
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt oder
- die Änderung oder das Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften

eine Regelung der Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt bzw. einzelne Regelungen für nicht mehr als mit gelten-



dem Recht als vereinbar angesehen, sind wir berechtigt, diese Regelung zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen.

Bei der gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung kommt es nicht darauf an, ob sich diese gegen uns oder ein anderes Unternehmen richtet, sofern die für unwirksam erklärte Regelung im Wesentlichen inhaltsgleich ist.

Eine Anpassung ist nur zulässig, wenn die in den folgenden Absätzen beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

### **28.2.2 Regelungen, die angepasst werden können**

Wir können nur Regelungen anpassen, die eines der folgenden Themen betreffen:

- Leistungsvoraussetzungen,
- Leistungsumfang,
- Leistungsausschlüsse oder -einschränkungen,
- Obliegenheiten, die Sie nach Vertragsschluss beachten müssen,
- die Anpassung Ihres Beitrages,
- die Vertragsdauer und
- die Kündigung Ihres Vertrages.

### **28.2.3 Anpassungsvoraussetzung**

Eine Anpassung nach Ziff. 28.2 ist nur möglich, wenn

- die gesetzlichen Vorschriften keine konkreten Bestimmungen enthalten, mit der die durch die Unwirksamkeit entstandene Vertragslücke geschlossen werden kann und
- der ersatzlose Wegfall der Regelung keine angemessene Lösung darstellt, die den typischen Interessen der Vertragspartner gerecht würde.

### **28.2.4 Anpassung durch Inhalt der Neuregelung**

Bei der Anpassung werden die Grundsätze der ergänzenden Vertragsauslegung angewendet. Das bedeutet, dass die unwirksame Regelung durch eine Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Regelung zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

### **28.2.5 Durchführung der Anpassung**

Die angepasste Regelung werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern. Widersprechen Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilung, gilt die Anpassung als genehmigt. Ihr Widerspruch muss in Textform erfolgen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Bei einem fristgerechten Widerspruch wird die Regelungsanpassung nicht Vertragsbestandteil.

### **28.2.6 Unser Kündigungsrecht im Falle nach Ihrem Widerspruch**

Widersprechen Sie nach Ziff. 28.2.5 einer Anpassung, können wir den Vertrag kündigen, wenn uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung nicht zumutbar ist.

Unsere Kündigung müssen wir innerhalb von sechs Wochen nach Zugang Ihres Widerspruchs schriftlich erklären, und zwar mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats.

## **28.3 Klauselanpassung**

Die Regelungen nach Ziff. 28.1 und 28.2 finden zu vereinbarten Klauseln entsprechend Anwendung.

## **29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?**

**29.1** Werden Sie, als Versicherungsnehmer, im Sinne des Arbeitsförderungsrechts unverschuldet arbeitslos, übernehmen wir für Sie die Beitragszahlung für max. sechs Monate für diese Privat-Schutz-Versicherung bei unverändertem Versicherungsschutz.

Nehmen Sie diese Leistung in Anspruch, so gilt dies als ein Versicherungsfall.

## **29.2 Voraussetzungen für die Leistung:**

- Ihr Wohnsitz und dauernder Aufenthalt ist in der Bundesrepublik Deutschland
- Ihre Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Versicherung eingetreten
- die Arbeitslosigkeit besteht seit mindestens sechs Wochen
- die Versicherung wurde noch nicht gekündigt
- Sie als Arbeitnehmer standen vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden
- Sie haben das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet.

## **29.3 Ein Anspruch besteht nicht, wenn:**

- bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war
- Sie als Freiwilliger den Wehrdienst, den Bundesfreiwilligendienst (BFD) oder den internationalen Jugendfreiwilligendienst (IJFD) oder nationalen Jugendfreiwilligendienst (Freiwilliges Soziales Jahr FSJ oder Freiwilliges Ökologisches Jahr FÖJ) ableisten, als Auszubildender, Selbstständiger, Freiberufler, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder Angestellter, die bei Ihrem Ehe-/ Lebenspartner, Kind, ihren Eltern oder Geschwistern und deren Ehe-/ Lebenspartner beschäftigt waren.

Ein Anspruch auf Beitragszahlung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erneut erfüllt sind.

**29.4** Das Vorliegen der unter Ziff. 29.1 und 29.2 genannten Voraussetzungen müssen Sie durch entsprechende Bescheinigungen des für Sie zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachweisen.

**29.5** Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erfüllt haben.

**29.6** Der Anspruch auf Übernahme der Beitragszahlung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform von Ihnen geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragszahlung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der Anzeige der Arbeitslosigkeit bei uns. Den Beginn der Beitragszahlung werden wir Ihnen schriftlich bestätigen. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß von Ihnen zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Forderungen verrechnet.

**29.7** Über das Ende Ihrer Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich in Textform informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragszahlung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem wir Nachweise angefordert haben, außer Kraft, wenn uns in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

## **30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?**

Wir garantieren, dass die dieser Versicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2014 (Stand: 25.03.2014) abweichen.

### 31 Wie sind Sparten und Versicherungen definiert?

Als Sparte gilt:

Sparte	PrivatSchutz-Versicherung
Unfall	Unfallversicherung Existenzversicherung
Haftpflicht	Privat-Haftpflichtversicherung Tierhalter-Haftpflichtversicherung Sport-Boot-Haftpflichtversicherung Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung Gewässerschaden-Haftpflichtversicherung
Hausrat	Hausratversicherung
Rechtsschutz	Privat- und Berufs-Rechtsschutzversicherung Verkehrs-Rechtsschutzversicherung Immobilien-Rechtsschutzversicherung

### 32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?

Sie sind noch bei einem anderen Anbieter versichert. Der Versicherungsschutz aus dem anderweitigen Vertrag für die gleiche versicherte Person wird um die EGD ergänzt.

#### 32.1 Vertragsgrundlagen

Als Vertragsgrundlage gelten die vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PrivatSchutz Unfallversicherung (AUB) Fassung 01.2017 und die dazugehörigen Klauseln (AU KL Komfort - 2017 oder AU KL Top - 2017).

#### 32.2 Leistungsumfang der EGD

32.2.1 Die EGD leistet bis zur Höhe des im vorliegenden Vertrag vereinbarten Ergänzungs-Versicherungsschutzes (zum Beispiel Versicherungssummen, Deckungserweiterungen, Höchstgrenzen).

Für versicherte Kosten wie z. B. Bergungskosten besteht in der EGD Versicherungsschutz nur subsidiär zu anderweitigem Versicherungsschutz.

Anderweitige Leistungspflichten gehen vor, wenn für das selbe Risiko noch bei einem anderen Versicherer Versicherungsschutz besteht.

32.2.2 Maßgeblich für den vertraglich vereinbarten Leistungserersatz von Kosten aus dem anderweitig bestehenden Vertrag ist der Umfang des Versicherungsschutzes des anderen Vertrages, der zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD bestanden hat. Nachträglich vorgenommene Änderungen an der anderweitigen Versicherung bewirken keine Erweiterung der EGD.

32.2.3 Ergänzend zu den Bestimmungen unserer Bedingungen werden Leistungen aus der EGD nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD eine anderweitige gleichartige Versicherung nicht bestanden hat.

32.2.4 Ist der anderweitige Versicherer infolge

- Nichtzahlung der Beiträge,
- Obliegenheitsverletzung,
- arglistiger Täuschung,
- eines Vergleiches

von seiner Leistungspflicht ganz oder teilweise befreit, so wird dadurch keine Erweiterung des Leistungsumfanges unserer EGD bewirkt. Leistungen aus der EGD werden dann nur insoweit erbracht, wie sie entstanden wären, wenn keiner der vorgenannten Gründe für den Wegfall oder die Reduzierung der Leistung vorgelegen hätte.

Gleiches gilt, wenn aufgrund fehlender Nachweise über die Schadenhöhe durch den anderweitigen Versicherer lediglich eine pauschale Entschädigung erbracht wird.

#### 32.3 Ihr Verhalten bei einem Unfall

32.3.1 Sie haben einen Unfall sowohl dem anderweitigen Unfall-Versicherer als auch uns unverzüglich anzuzeigen.

32.3.2 Leistet der anderweitige Unfall-Versicherer für angefallene versicherte Kosten nicht oder nicht im vollen Umfang, so sind uns das entsprechende Schreiben des anderweitigen Unfall-Versicherers sowie die Unterlagen zur Feststellung der Entschädigungspflicht bzw. Leistungshöhe einzureichen.

32.3.3 Die Obliegenheiten gemäß Ziff. 7, die von Ihnen im Versicherungsfall zu beachten sind, bleiben unberührt.

#### 32.4 Umstellung der EGD auf den vollen Versicherungsschutz

32.4.1 Der vorliegende Versicherungsvertrag wird zu dem im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen genannten Ablauftermin der anderweitigen Versicherung, spätestens jedoch 3 Jahre nach Beginn unserer EGD, für die versicherte Person durch den Wegfall der Bestimmungen über die EGD auf den vollen Versicherungsschutz umgestellt. Endet die anderweitig bestehende Versicherung vor dem genannten Ablauftermin, dann erfolgt die Umstellung auf den vollen Versicherungsschutz zu diesem Termin.

Die vorzeitige Beendigung der anderweitig bestehenden Versicherung ist uns unverzüglich mitzuteilen. Wird die Beendigung schuldhaft nicht oder nicht rechtzeitig angezeigt und ereignet sich ein Unfall vor Zugang der Anzeige, so besteht der Versicherungsschutz weiterhin nur im Umfang der bisherigen EGD gemäß Ziff. 32.2.

32.4.2 Vom Zeitpunkt der Umstellung an ist der für die Vollschutzdeckung jeweils vereinbarte Versicherungsbeitrag zu zahlen. Dies gilt auch, sofern die Umstellung aufgrund Ziff.32.4.1 Satz 1 erfolgt und die Fremdversicherungsverträge von Ihnen nicht gekündigt worden sind.

Fassung 01.2017

Jede dieser Klauseln ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn sie im Versicherungsschein, in dessen Nachträgen bzw. im Deckungskonzept ausdrücklich als vereinbart aufgeführt ist.

## Inhaltsverzeichnis

<b>AU004-01</b>	<b>Verbesserte Gliedertaxe</b>
<b>AU016-01</b>	<b>Sofortleistung bei Knochenbruch</b>
<b>AU030-01</b>	<b>Unfall infolge von Schlaganfall oder Herzinfarkt</b>
<b>AU036-01</b>	<b>Psychische Reaktionen</b>
<b>AU046-01</b>	<b>Gipsgeld</b>

## AU004-01 Verbesserte Gliedertaxe

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB wird wie folgt abgeändert und ergänzt:

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

- Arm einschließlich Schultergelenk oder Hand einschließlich Handgelenk 70 %
- Daumen 25 %
- Zeigefinger 16 %
- anderer Finger 10 %
- Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand 70 %
- Bein einschließlich Hüftgelenk oder Fuß einschließlich Fußgelenk 70 %
- große Zehe 8 %
- andere Zehe 3 %
- Auge 60 %
- Gehör auf einem Ohr 35 %

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

Die verbesserte Gliedertaxe entfällt, sobald die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt wird automatisch die Gliedertaxe nach Ziff. 2.1.2.2.1 AUB für die betroffene versicherte Person Bestandteil des Vertrages.

## AU016-01 Sofortleistung bei Knochenbruch

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

### 1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine der nachfolgend genannten Verletzungen und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens drei Monate, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes bei uns geltend:

- Bruch eines Knochens (vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung),
- Vollständige Zerreißen eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel.

### 2. Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Knochenbruch wird in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Versicherungssumme gezahlt. Auch wenn eine oder mehrere Voraussetzungen nach Ziff. 1 dieser Klausel mehrfach oder gleichzeitig vorliegen, wird die Leistung nur einfach gezahlt.

Die Versicherungssumme wird nicht nach Ziff. 23 AUB laufend erhöht.

## AU030-01 Unfall infolge von Schlaganfall oder Herzinfarkt

In Abänderung von Ziff. 5.1.1 AUB sind auch Unfälle der versicherten Person infolge eines Schlaganfalles oder Herzinfarktes mitversichert; ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Schlaganfall oder Herzinfarkt selbst verursacht wurden.

## AU036-01 Psychische Reaktionen

Zu Ziff. 5.2.6 AUB gilt ergänzend vereinbart:

Eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) infolge einer psychischen Reaktion

auf ein Unfallereignis gilt im Rahmen des Vertrages mitversichert, wenn und soweit die Reaktion im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis und am Unfallort erfolgt. Ergänzend gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

## AU046-01 Gipsgeld

Ziff. 2 AUB wird wie folgt erweitert:

### 1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine der nachfolgend genannten Verletzungen:

- Bruch eines Knochens (vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung),
- Vollständige Zerreißen eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel.

Die festgestellte Verletzung hat keine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung zur Folge.

Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

### 2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen je Unfallereignis ein einmaliges Gipsgeld in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Höhe.

Die Versicherungssumme wird nicht nach Ziff. 23 AUB laufend erhöht.

# Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch DA Direkt und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG  
Platz der Einheit 2  
60327 Frankfurt am Main  
E-Mail: [service@da-direkt.de](mailto:service@da-direkt.de)

DA Direkt ist ein Unternehmen der Zurich Gruppe Deutschland.

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgender Adresse:

Zurich Gruppe Deutschland  
Konzerndatenschutz  
50427 Köln  
E-Mail: [datenschutz@zurich.com](mailto:datenschutz@zurich.com)

## Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogenen Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei Postrückläufern führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu Mitversicherten bzw. versicherten Personen erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können. Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Schadensfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu Bezugsberechtigten oder Begünstigten erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Schadensfall kontaktieren zu können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines abweichenden Halters von unserem Versicherungsnehmer und Zulassungsstellen, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.
- Daten zu Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Daten zu Zeugen erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

## 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. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.da-direkt.de/datenschutz](http://www.da-direkt.de/datenschutz) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns 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 sowie die Schadenbearbeitung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit einer Zurich Gesellschaft bestehenden Verträge, zu deren Unternehmensgruppe auch DA Direkt gehört, nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke sowie eine Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) 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,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen, soweit rechtlich zulässig,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrecht-

licher 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.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Schadensprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

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

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr, zu denen auch DA Direkt gehört. Soweit ein Versicherungsvertrag bei einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Schadensbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.da-direkt.de/datenschutz](http://www.da-direkt.de/datenschutz) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.da-direkt.de/datenschutz](http://www.da-direkt.de/datenschutz) entnehmen.

#### 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).

### 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.

### Betroffenenrechte

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

### Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.**

### Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte  
Postfach 31 63  
65021 Wiesbaden

### Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

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

Detaillierte Informationen zur informa HIS GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie auf folgender Internetseite:

[www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)



## **Bonitätsauskünfte**

Vor dem Abschluss einer **Kraftfahrtversicherung** übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlage dieser Übermittlung ist Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmung erfolgen nur, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Detaillierte Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. finden Sie auf folgender Internetseite:

<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

## **Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: [www.da-direkt.de/datenschutz](http://www.da-direkt.de/datenschutz)

## **Automatisierte Einzelfallentscheidung**

In der **Kraftfahrtversicherung** entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über den Umfang des Versicherungsschutzes oder die Höhe der Versicherungsprämie. Diese Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten, Schadensverläufe oder Ihre Kundenbeziehung.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung, wenn Ihrem Begehren nicht vollumfänglich stattgegeben wurde.

## **Aktualisierung der Datenschutzhinweise**

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie unter: [www.da-direkt.de/datenschutz](http://www.da-direkt.de/datenschutz)

# Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu Gesundheitsdaten erhalten könnten, sind mit <sup>1)</sup> gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit <sup>2)</sup> gekennzeichnet.

## An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft

## Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
Deutscher Herold Aktiengesellschaft <sup>1)</sup>	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
TDG Tele Dienste GmbH <sup>1)</sup>	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) <sup>1)</sup>	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision); Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen
Zurich Kunden Center GmbH <sup>1)</sup>	Kundenservice (z. B. Telefonie)

## Dienstleister, die für Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland (1. – 4.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG (3. – 4.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG <sup>1)</sup>	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG <sup>1)</sup>	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung
3. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der dt. Autoversicherer, Verfahren zur elektr. Versicherungsbestätigung)
4. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)

## Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adress-Dienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen <sup>1)</sup>	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistance-Dienstleister <sup>1) 2)</sup>	Assistanceleistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.) <sup>1)</sup>	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister <sup>1)</sup>	Erstellung von Gutachten/Expertisen sowie Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister <sup>1) 2)</sup>	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Logistikdienstleister <sup>1)</sup>	Posteingangsbearbeitung/Dokumenten-Management
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Recherchedienstleister (z. B. Detekteien) <sup>1)</sup>	Auskunfts- und Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien <sup>1)</sup>	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen <sup>1)</sup>	Assistance-Leistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer <sup>1) 2)</sup>	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen

**Hinweis:** Sofern Dienstleister nicht streng weisungsgebunden als Auftragsverarbeiter eingesetzt werden, sondern eine eigene Entscheidungskompetenz haben (wie z. B. typischerweise bei Sachverständigen und Gutachtern), unterbleibt die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen solchen Dienstleister, wenn Sie dieser Übermittlung widersprechen und geltend machen können, dass in der konkreten Situation ausnahmsweise Ihre schutzwürdigen Interessen das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegen.

Stand: 08/2019