

HanseMerkur
Allgemeine Versicherung AG

Kundeninformation

Unfallversicherung
Smart Premium Partner

Juni 2020



HanseMerkur

Übersicht



Der Versicherungsvertrag wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

Die Kundeninformation ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.

Wichtige Informationen!	3
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	6
Informationen über den Datenaustausch mit der Informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung)	8
Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen	10

Wichtige Informationen!

Die folgenden Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit dem § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen und Rechte Ihres Versicherungsvertrags bei der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG. Bewahren Sie diese Kundeninformation bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Informationen zum Anbieter

Identität des Versicherers (Name, Rechtsform, ladungsfähige Anschrift, Sitz, Handelsregister und Registernummer)	Ihr Versicherer ist die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG. Wir sind eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Hamburg. Unsere Anschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg. Unsere Telefonnummer: 040 4119-0, unsere Faxnummer: 040 4119-3257. Die Eintragung im Handelsregister lautet: Amtsgericht Hamburg HRB 16768.
Gesetzlich Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG	Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse, Johannes Ganser, Raik Mildner
Hauptgeschäftstätigkeit	Die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, im Folgenden „HanseMerkur“ genannt, betreibt die private und gewerbliche Sach-, Haftpflicht-, Unfall- und Kraftfahrzeugversicherung.
Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen	Es bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.
Vertragsgrundlagen	Grundlagen des Versicherungsvertrags sind der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge, die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Smart Premium Partner sowie vereinbarte Klauseln und Besondere Bedingungen.
Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Wir bieten Versicherungsschutz für Unfälle, die weltweit, rund um die Uhr, im beruflichen Bereich und in der Freizeit (auch Sport- und Verkehrsunfälle) eintreten. Die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen sowie zusätzlich geltenden Leistungserweiterungen, dem Antrag und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.
Beitragshöhe	Die Beitragshöhe wird im Antrag und im Versicherungsschein angegeben. Sollte der dort eingetragene Beitrag unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt (spätestens mit Übersendung des Versicherungsscheins). Ein abweichender Beitrag gilt als genehmigt, wenn Sie diesem nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) widersprechen (§ 5 Abs. 1 VVG).
Zusätzliche Kosten	Es fallen keine weiteren Kosten, wie z. B. Gebühren für Sie an.
Beitragszahlung	Der erste Beitrag einschließlich der Versicherungssteuer und der vereinbarten Nebenkosten ist unverzüglich nach Zugang der Zahlungsaufforderung (Beitragsrechnung), Folgebeiträge sind am jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen. Wenn Sie mit uns für diesen Versicherungsvertrag das Lastschriftverfahren vereinbart haben, werden wir den Beitrag bei Fälligkeit ohne nochmalige Ankündigung von dem uns bekannten Konto abrufen.
Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen	Diese Informationen sind hinsichtlich der Beiträge bis zu einer eventuellen Beitragsanpassung gemäß Ziffer 10.10 der Versicherungsbedingungen gültig. Bei einer Beitragserhöhung haben Sie ein außerordentliches Kündigungsrecht. Hinsichtlich der Vertragsgrundlagen gelten diese Informationen für die Laufzeit des Vertrags und können nicht einseitig durch den Versicherer geändert werden.
Zustandekommen des Vertrags	Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die HanseMerkur Ihren Antrag mit einem Versicherungsschein oder einer schriftlichen Annahmeerklärung angenommen hat und Ihnen der Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung zugegangen ist.
Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und erst nach Ablauf der Wartezeiten. An den Antrag sind Sie nicht gebunden. Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt gleichwohl zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Widerrufs- belehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 45 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt sie jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
E-Mail: shu-kundenbetreuung@hansemerkur.de, Telefax: 040 4119-3257.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Das 45-tägige Widerrufsrecht kann vom Versicherungsnehmer nur einmal innerhalb von 36 Monaten in Anspruch genommen werden. Sofern weitere Unfallversicherungsverträge widerrufen werden, gilt eine Widerrufsfrist von 14 Tagen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit	Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem oder mehreren Jahren geschlossen.
Vertragsbeendigung	Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten festen Vertragsdauer stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei einer vereinbarten Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren haben Sie ein Kündigungsrecht zum Ablauf des dritten oder jeden darauf folgenden Jahres.
Zuständiges Gericht	Klagen gegen die HanseMerkur können Sie beim Gericht in Hamburg oder bei dem Gericht Ihres Erstwohnsitzes oder, in Ermangelung eines solchen, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts erheben. Klagen gegen Sie werden bei dem Gericht erhoben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, ist das Gericht in Hamburg zuständig.
Anwendbares Recht	Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.
Vertragssprache	Die für den Vertragsabschluss, alle zur Verfügung gestellten Informationen und für die weitere Kommunikation verwendete Sprache ist ausschließlich Deutsch.
Teilnahme an einem Streit-schlichtungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle	Sollte sich das Versicherungsverhältnis trotz unserer Bemühungen nicht fehlerfrei gestalten, wenden Sie sich bitte zunächst an die Hauptverwaltung in Hamburg. Darüber hinaus hat sich die HanseMerkur bereit erklärt, an einem Streitschlichtungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können sich bei Beschwerden, Fragen oder Auskunftswünschen an den Versicherungsombudsmann als außergerichtlichen Streitschlichter wenden: Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 080632 10006 Berlin www.versicherungsombudsmann.de Selbstverständlich besteht darüber hinaus die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
Zuständige Aufsichtsbehörde	Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungsaufsicht Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn www.bafin.de

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



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil 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 Gefahrzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrags oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage) können. 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.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbeziehbare Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrags oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende oder einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz oder Niederlassung in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.

Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- Direkt personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.infoma-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden
Telefon: 0611 880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@informa.de.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Smart Premium Partner

Juni 2020

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Smart Premium Partner. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

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

Ihre HanseMerkur

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhalt

Der Versicherungsumfang	13
1 Was ist versichert?.....	13
1.1 Grundsatz	13
1.2 Geltungsbereich.....	13
1.3 Unfallbegriff.....	13
1.4 Erweiterungen des Unfallbegriffs.....	13
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	14
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	14
2.1 Invaliditätsleistung	14
2.2 Unfall-Rente ab 50 %.....	20
2.3 Nicht belegt	21
2.4 Nicht belegt	21
2.5 Todesfall-Leistung.....	21
2.6 Unfall-Krankenhaustagegeld.....	21
2.7 Genesungsgeld	21
2.8 Nicht belegt	21
2.9 Bergungskosten	21
2.10 Kosmetische Operationen.....	22
2.11 Nicht belegt	23
2.12 Sofortleistung.....	23
2.13 Reha-Management	23
2.14 Nicht belegt	25
2.15 Nicht belegt	25
2.16 Nicht belegt	25
2.17 Nicht belegt	25
2.18 Leistungsupdate für Kinder.....	25
2.19 Nicht belegt	26
2.20 Schmerzensgeld.....	26
2.21 Schmerzensgeld Plus (optional)	26
2.22 Hilfe- und Pflegeleistungen (optional).....	27
2.23 Nicht belegt	30
2.24 Leistungsgarantien.....	30
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?.....	30
3.1 Krankheiten und Gebrechen	30
3.2 Mitwirkung	30
3.3 Nicht belegt	30
4 Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit.....	30
4.1 Kinderumstellung	30
4.2 Best-Ager Umstellung	31
4.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	31
5 Was ist nicht versichert?	32
5.1 Ausgeschlossene Unfälle.....	32
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	33
Der Leistungsfall.....	35
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?.....	35
6.1 Hinzuziehen eines Arztes	35
6.2 Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.....	35
6.3 Ärztliche Untersuchungen zur Prüfung unserer Leistungspflicht	35
6.4 Auskunftspflicht.....	35
7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	36
8 Wann sind Leistungen fällig?.....	36
8.1 Erklärung über die Leistungspflicht.....	36
8.2 Fälligkeit der Leistung	36
8.3 Vorschüsse.....	36
8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads.....	36
Die Versicherungsdauer	36
9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?.....	36
9.1 Beginn des Versicherungsschutzes.....	36
9.2 Vertragsdauer und Ende des Vertrags	37
9.3 Kündigung nach Versicherungsfall.....	37
9.4 Nicht belegt	37
9.5 Vertragsbeendigung bei Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland.....	37

9.6	Versicherungsjahr	37
	Der Versicherungsbeitrag	37
10	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	37
10.1	Beitrag und Versicherungsteuer	37
10.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	38
10.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	38
10.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	38
10.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	38
10.6	Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	39
10.7	Nicht belegt	39
10.8	Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers	39
10.9	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	39
10.10	Beitragsanpassung	39
	Weitere Bestimmungen	40
11	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	40
11.1	Fremdversicherung	40
11.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	40
11.3	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	40
12	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	40
12.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	40
12.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	40
12.3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	41
12.4	Anfechtung	41
12.5	Erweiterung des Versicherungsschutzes	41
13	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	42
13.1	Gesetzliche Verjährung	42
13.2	Aussetzung der Verjährung	42
14	Welches Gericht ist zuständig?	42
14.1	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns	42
14.2	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie	42
15	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	42
15.1	Mitteilungen an uns	42
15.2	Änderungen Ihrer Anschrift	42
16	Welches Recht findet Anwendung?	42

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten 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 Erweiterungen des Unfallbegriffs

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen

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

- ein Gelenk verrenkt.
- einen Knochen bricht.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.
- eine Meniskusschädigung zuzieht.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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 Ertrinken, Verhungern, Verdursten, Ersticken

Als Unfall gilt/gelten auch

- der unfreiwillige Tod durch Ertrinken, Verhungern, Verdursten und Ersticken sowie
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig mangelnde Zuführung von Nahrungsmitteln, Flüssigkeit oder Sauerstoff.

Ausnahme:

Diese Erweiterung gilt nicht, wenn eine Krankheit ursächlich für den Tod oder die Gesundheitsschädigung ist.

1.4.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person beim Tauchen eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erleidet.

Beispiel:

Die versicherte Person taucht mit zu hoher Aufstiegsgeschwindigkeit auf und erkrankt an der Caissonkrankheit (Taucherkrankheit).

1.4.4 Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei

- rechtmäßiger Verteidigung (Notwehr) oder
 - der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen
- erleidet. Dies gilt auch, wenn die Gesundheitsschädigung bewusst in Kauf genommen wurde.

1.4.5 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.6 Vergiftungen und Nahrungsmittelvergiftungen

Als Unfall gelten auch

- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
- Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren durch besondere Umstände bis zu 7 Tage ausgesetzt gewesen ist.
- Nahrungsmittelvergiftungen.

1.4.7 Erfrierungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung durch Erfrierungen erleidet.

1.4.8 Sonnenbrand, Sonnenstich

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung durch einen Sonnenbrand oder Sonnenstich erleidet.

1.4.9 Nicht belegt

1.4.10 Entführung/Geiselnahme

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung infolge einer Entführung oder Geiselnahme durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente erleidet.

1.4.11 Nicht belegt

1.4.12 Nicht belegt

1.4.13 Nicht belegt

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 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 nach dem Unfall innerhalb von

- 24 Monaten eingetreten und
- 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall schriftlich bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

Beispiel:

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

Sie müssen die Geltendmachung der Invalidität nach einer entschuldbaren Fristversäumung unverzüglich nachholen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.5), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

Körperteil/Sinnesorgan	Invaliditätsgrad
Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	75 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	80 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
Fuß	60 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	65 %
ein Auge, wenn das andere Auge vorher verloren oder voll funktionsunfähig war	100 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
Gehör auf einem Ohr, wenn das andere Gehör auf dem anderen Ohr vorher verloren oder voll funktionsunfähig war	80 %
Geruchssinn	20 %

Körperteil/Sinnesorgan	Invaliditätsgrad
Geschmackssinn	20 %
Stimme	100 %
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis zum 15. Geburtstag	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölfinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm je	25 %
ein Lungenflügel	50 %

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

Beispiel:

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

2.1.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach den Ziffern 2.1.2.1 und 2.1.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

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

2.1.2.4 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.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.2.4 Zahlung vor Abschluss des Heilverfahrens

Wir zahlen die Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens, wenn die versicherte Person durch einen Unfall den Verlust von Gliedmaßen oder inneren Organen erleidet.

Voraussetzung ist, dass die Gliedmaßen oder inneren Organe in der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.1) aufgeführt sind.

2.1.2.5 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall eine Kopfverletzung beim

- Fahrradfahren (einschl. Pedelec oder E-Bike),
- Ski- oder Snowboardfahren,
- Rodeln,
- Inlineskaten oder Rollschuhfahren,
- Skateboardfahren (einschl. Snake- oder Streetboard),
- Kickboardfahren,
- Wakeboardfahren,

- Kitesurfen, Windsurfen oder Wellenreiten,
- Tretrollerfahren (einschl. E-Scooter),
- Reiten

und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm getragen, erhöhen wir die Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen. Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern oder beim Transport im Fahrradkindersitz.

2.1.3 Progression

Sie können mit uns eine Invaliditätsleistung vereinbaren, deren Leistung sich mit steigendem Invaliditätsgrad progressiv erhöht. Es gilt für jede versicherte Person das im Versicherungsschein genannte Progressionsmodell.

2.1.3.1 225 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 84 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 85 % zahlen wir die vereinbarte Maximalleistung in Höhe von 225 % der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.2 Nicht belegt

2.1.3.3 350 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 35 % zahlen wir 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 36 % und 40 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 41 % und 50 % zahlen wir 4 % aus der Versicherungssumme.
- 4) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 84 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 5) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 85 % zahlen wir die vereinbarte Maximalleistung in Höhe von 350 % der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.4 Nicht belegt

2.1.3.5 500 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 30 % zahlen wir 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 31 % und 35 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 36 % und 40 % zahlen wir 4 % aus der Versicherungssumme.
- 4) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 41 % und 45 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 5) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 46 % und 55 % zahlen wir 6 % aus der Versicherungssumme.
- 6) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 56 % und 70 % zahlen wir 8 % aus der Versicherungssumme.
- 7) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 71 % und 84 % zahlen wir 10 % aus der Versicherungssumme.
- 8) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 85 % zahlen wir die vereinbarte Maximalleistung in Höhe von 500 % der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	41	75	56	163	71	285	86	500
27	29	42	80	57	171	72	295	87	500
28	31	43	85	58	179	73	305	88	500
29	33	44	90	59	187	74	315	89	500
30	35	45	95	60	195	75	325	90	500
31	38	46	101	61	203	76	335	91	500
32	41	47	107	62	211	77	345	92	500
33	44	48	113	63	219	78	355	93	500
34	47	49	119	64	227	79	365	94	500
35	50	50	125	65	235	80	375	95	500
36	54	51	131	66	243	81	385	96	500
37	58	52	137	67	251	82	395	97	500
38	62	53	143	68	259	83	405	98	500
39	66	54	149	69	267	84	415	99	500
40	70	55	155	70	275	85	500	100	500

2.1.3.6 Nicht belegt

2.1.3.7 1.000 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 30 % zahlen wir 2 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 31 % und 35 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 36 % und 40 % zahlen wir 4 % aus der Versicherungssumme.
- 4) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 41 % und 45 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 5) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 46 % und 50 % zahlen wir 6 % aus der Versicherungssumme.
- 6) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 75 % zahlen wir 14 % aus der Versicherungssumme.
- 7) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 76 % und 84 % zahlen wir 22 % aus der Versicherungssumme.
- 8) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 85 % zahlen wir die vereinbarte Maximalleistung in Höhe von 1.000 % der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Höhe der Invaliditätsleistung
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	41	75	56	209	71	419	86	1.000
27	29	42	80	57	223	72	433	87	1.000
28	31	43	85	58	237	73	447	88	1.000
29	33	44	90	59	251	74	461	89	1.000
30	35	45	95	60	265	75	475	90	1.000
31	38	46	101	61	279	76	497	91	1.000
32	41	47	107	62	293	77	519	92	1.000
33	44	48	113	63	307	78	541	93	1.000
34	47	49	119	64	321	79	563	94	1.000
35	50	50	125	65	335	80	585	95	1.000
36	54	51	139	66	349	81	607	96	1.000
37	58	52	153	67	363	82	629	97	1.000
38	62	53	167	68	377	83	651	98	1.000
39	66	54	181	69	391	84	673	99	1.000
40	70	55	195	70	405	85	1.000	100	1.000

2.1.3.8 Nicht belegt

2.2 Unfall-Rente ab 50 %

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1) beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Beginn der Leistung

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 Dauer der Leistung

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 Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % 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.

2.2.3.3 Nicht belegt

2.3 Nicht belegt

2.4 Nicht belegt

2.5 Todesfall-Leistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.5.1.1 Unfallbedingter Tod

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall.

2.5.1.2 Nicht belegt

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6 Unfall-Krankenhaustagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld

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

2.6.3 Nicht belegt

2.7 Genesungsgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und
- hatte Anspruch auf die Leistung Unfall-Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.6.

2.7.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld leisten.

2.8 Nicht belegt

2.9 Bergungskosten

2.9.1 Such-, Rettungs- und Bergungskosten

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten.
- den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.

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.

Wir erstatten nachgewiesene und von Dritten nicht übernommene Kosten. Die Höhe ist insgesamt auf 1 Mio. EUR begrenzt.

2.9.2 Therapie in einer Dekompressionskammer

Nach Tauchunfällen ersetzen wir die Kosten für die Therapie und Behandlung in einer Dekompressionskammer im Fall einer Caissonkrankheit. Die Leistung erbringen wir auch bei fahrlässiger oder grob fahrlässiger Missachtung der gültigen Richtlinien für das Tauchen oder Dekomprimieren.

Wir erstatten nachgewiesene und von Dritten nicht übernommene Kosten.

2.9.3 Kosten für die Heimfahrt oder Unterbringung von mitreisenden Kindern und dem mitreisenden Partner

Bei Unfällen im Ausland übernehmen wir die Kosten für die Heimfahrt oder Unterbringung des mitreisenden Partners und der mitreisenden Kinder der versicherten Person.

Zusätzlich übernehmen wir für den Partner und die mitreisenden Kinder Verpflegungskosten bis zu 300 EUR pro Person.

Bei betreuungsbedürftigen Personen tragen wir die entstehenden Kosten für die Heimreise der Begleitperson.

2.9.4 Rückkehr zum ständigen Wohnsitz

Wir übernehmen die Kosten für die Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.9.5 Unfallbedingter Todesfall im Inland

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland übernehmen wir die Kosten für die Überführung zum letzten, in Deutschland gelegenen, ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

2.9.6 Unfallbedingter Todesfall im Ausland

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland übernehmen wir die Kosten für

- die Überführung zum letzten, in Deutschland gelegenen, ständigen Wohnsitz oder
- die Bestattung im Ausland.

2.9.7 Nicht belegt

2.9.8 Leistung bei mehreren Unfallversicherungen

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, können Leistungen aus den Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.10 Kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung,
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen bis zum 21. Geburtstag.

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

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

Die Leistung ist auf insgesamt 1 Mio. EUR begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, können Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.11 Nicht belegt

2.12 Sofortleistung

2.12.1 Voraussetzung für die Leistung

2.12.1.1 Schwere Verletzung

Die versicherte Person hat durch einen Unfall eine schwere Verletzung erlitten. Eine schwere Verletzung liegt vor bei Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche.

2.12.1.2 Ärztliche Feststellung

Die Verletzung muss ärztlich festgestellt werden.

2.12.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung einmal je Unfallereignis in Höhe von 10.000 EUR.

2.12.3 Nicht belegt

2.12.4 Ansprüche bei Bestehen mehrerer Unfallversicherungen

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, kann die Sofortleistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.13 Reha-Management

2.13.1 Was ist versichert?

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

Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2.13.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

2.13.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten. Dieser Unfall wird nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 20 % führen.

Die Rehabilitationsleistungen können auch bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit beantragt werden. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen bedeutet, dass die versicherte Person zukünftig nicht mehr imstande sein wird, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.

2.13.2.2 Bedarfsermittlung und Reha-Management

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

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

2.13.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

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

2.13.3 Welche Leistungen sind versichert?

2.13.3.1 Medizinische Rehabilitation und Therapie

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

Das können zum Beispiel sein:

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

2.13.3.2 Beruf

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

Das können zum Beispiel sein:

- stufenweise Wiedereingliederung
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen, einschließlich Kostenübernahme anfallender Schulungs- und Prüfungsgebühren.

2.13.3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen
- Rollstühle
- Gehhilfen.

2.13.3.4 Wohnen und Mobilität

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

Das können zum Beispiel sein:

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

2.13.4 Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen? Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?

2.13.4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 2.13.2.2 und 2.13.3 erbringen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.13.4.2 Kostenübernahme

Wir zahlen für Leistungen aus dem Reha-Management je Unfallereignis insgesamt bis zu 1 Mio. EUR.

2.13.4.3 Zahlungen anderer Leistungsträger

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach Ziffer 2.13.3.1 bis 2.13.3.3 tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

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

Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:

2.13.5.1 Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand

Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

2.13.5.2 Auskünfte für die Beurteilung unserer Leistungspflicht

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

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

2.13.5.3 Obliegenheitsverletzung

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 7 gilt entsprechend.

2.13.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

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

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

2.14 Nicht belegt

2.15 Nicht belegt

2.16 Nicht belegt

2.17 Nicht belegt

2.18 Leistungsupdate für Kinder

2.18.1 Nicht belegt

2.18.2 Nicht belegt

2.18.3 Nicht belegt

2.18.4 Nicht belegt

2.18.5 Rooming-In

2.18.5.1 Voraussetzung für die Leistung

Das versicherte Kind unter 14 Jahren befindet sich wegen eines Unfalls

- in vollstationärer Heilbehandlung und
- es übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In).

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

2.18.5.2 Art und Umfang der Leistung

Wir erstatten Ihnen die nachgewiesenen Übernachtungskosten für den Erziehungsberechtigten im Krankenhaus bis zu einem Höchstbetrag von 3.000 EUR.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, kann die Rooming-In Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.18.6 Schulausfallgeld/Nachhilfeunterricht

2.18.6.1 Voraussetzung für die Leistung

Das versicherte Kind unter 18 Jahren kann wegen eines Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen.

2.18.6.2 Art und Umfang der Leistung

Wir erstatten Ihnen die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht

- bis zu 30 EUR für jeden Schultag, den das versicherte Kind nicht am Schulunterricht teilnehmen kann,
- bis zu einem Höchstbetrag von 2.000 EUR.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, können entstandene Kosten für Nachhilfeunterricht nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.18.7 Nicht belegt

2.18.8 Nicht belegt

2.18.9 Nicht belegt

2.19 Nicht belegt

2.20 Schmerzensgeld

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall einen Knochenbruch und die Verletzung hat keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge. Haarrisse, Fissuren, knöcherne Ausrisse (Abrissfrakturen) und Knochenabsplitterungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 EUR. Das Schmerzensgeld wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

2.21 Schmerzensgeld Plus

Schmerzensgeld Plus ergänzt Ihren Unfallversicherungsschutz. Es gilt nur als versichert, sofern es für die versicherte Person ausdrücklich vereinbart wurde. Der Einschluss der Leistung ist - sofern beantragt - im Versicherungsschein oder im Nachtrag zum Versicherungsschein aufgeführt.

2.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet

- durch einen Unfall
- eine in der Schmerzensgeld-Tabelle aufgeführte Verletzung.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch auf Schmerzensgeld muss innerhalb von 3 Monaten nach der ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.

2.21.2 Art und Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der eingetreten Verletzung.

Schmerzensgeld-Tabelle	
Bruch	Leistung
Becken	5.000 EUR
Schädeldach, Schädelbasis	5.000 EUR
Kniescheibe	5.000 EUR
Oberarmknochen	2.500 EUR
Unterarmknochen (Elle, Speiche)	2.000 EUR
Oberschenkelknochen (einschl. Oberschenkelhalsknochen)	2.000 EUR
Unterschenkelknochen (Schein-/Wadenbein)	2.000 EUR
ein oder mehrere Wirbel, Wirbelsäule	2.000 EUR
Kiefer	1.500 EUR
Nasen-, Joch- oder Felsenbeins	1.500 EUR
Hand (Handwurzel- und Mittelhandknochen)	1.500 EUR
ein oder mehrere Finger	1.500 EUR
Fuß (Fußwurzelknochen, Mittelfußknochen, ausgenommen sind Zehenglieder)	1.500 EUR
eine oder mehrere Rippen	1.000 EUR
Brustbein	1.000 EUR
Schlüsselbein	1.000 EUR
Schulterblatt	1.000 EUR
Kehlkopf/Luftröhre	1.000 EUR
ein oder mehrere Zehenglieder	500 EUR
Verbrennungen	Leistung
mind. 2. Grades über mehr als 10% der Körperoberfläche	2.500 EUR
weitere Verletzungen	Leistung
Verlust von Zähnen	500 EUR
Gehirnerschütterung	500 EUR
Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln	250 EUR

Mehrere Verletzungen an einem Körperteil (Gliedmaße) gelten als eine Verletzung.

Ausnahme:

Haarrisse, Fissuren, knöcherne Ausrisse (Abrissfrakturen) und Knochenabsplitterungen sind von der Leistung ausgeschlossen.

2.22 Hilfe- und Pflegeleistungen

Hilfe- und Pflegeleistungen ergänzen Ihren Unfallversicherungsschutz. Sie gelten nur als versichert, sofern diese für die versicherte Person ausdrücklich vereinbart wurden. Der Einschluss der Leistung ist - sofern beantragt - im Versicherungsschein oder im Nachtrag zum Versicherungsschein aufgeführt.

2.22.1 Was ist versichert?

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

Die Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2.22.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?

2.22.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

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

2.22.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 2.22.3 aufgeführten Leistungen.

2.22.2.3 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

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

2.22.3 Welche Leistungen sind versichert?

2.22.3.1 Hilfeleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfeleistungen und übernehmen deren Kosten.

2.22.3.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person und mitversicherte Kinder täglich mit einer Hauptmahlzeit aus dem Angebot des Dienstleisters.

2.22.3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person 2-mal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen, z. B. Lebensmittel, Medikamente, Bank- oder Behördengänge, Bringen und Abholen von Wäsche.

Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

2.22.3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person bis zu 2-mal in der Woche zu notwendigen Arzt-, Krankenhaus-, Therapie- und Behördenterminen sowie zu medizinischen Behandlungen.

2.22.3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu 1-mal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 3 Stunden begrenzt.

2.22.3.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person bis zu 1-mal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 3 Stunden begrenzt.

2.22.3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

2.22.3.1.7 Tag- und Nachtwache

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine Tag- und Nachtwache, sofern eine intensive Beaufsichtigung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der zeitliche Aufwand ist auf 48 Stunden nach Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

2.22.3.1.8 Kinderbetreuung

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für die Betreuung von Kindern, welche mit der versicherten Person zusammen in einem Haushalt leben. Diese Leistung umfasst:

- Fahrdienste zur Kita, Schule oder Tagesmutter,
- Hausaufgabenbetreuung (bis zur 4. Klasse),
- Freizeitgestaltung,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Wäscheservice (Waschen, Trocknen, Bügeln, Schuhpflege),
- Wohnungsreinigung.

Für Kinder unter 5 Jahren organisieren und zahlen wir zusätzlich folgende Leistungen:

- Hilfe beim Essen,
- Unterstützung beim An- und Auskleiden,
- Hilfe bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Der zeitliche Aufwand ist auf täglich 8 Stunden für maximal 30 Tage begrenzt. In Notfällen organisieren und übernehmen wir die Kosten für eine Betreuung bis zu 24 Stunden. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles ohne anderweitige (z. B. familiäre) Hilfeleistung.

2.22.3.2 Organisation von weiteren Hilfeleistungen

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

- Haustierbetreuung,
- Hausmeisterdienst,
- Umbau des Kraftfahrzeugs,
- Wohnraumberatung zum barrierefreien Wohnen,
- Umzugsservice,
- Haar-, Nagel- oder Fußpflege.

2.22.3.3 Pflegeleistungen

Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

Die versicherte Person erhält bis zu 1-mal täglich bis zu 3 Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- Körperpflege, einschließlich Teil- und Ganzwaschungen,
- An- und Auskleiden,
- Lagern und Betten,
- Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

2.22.3.4 Information und Beratung zur Pflege

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

2.22.3.5 Pflegeschulung für Angehörige

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine einmalige Pflegeschulung von Angehörigen, falls diese die versicherte Person nach einem Unfall selbst pflegen wollen.

2.22.3.6 Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Arbeitgeber, Ärzten und Gesellschaften

Wir übernehmen bei Bedarf die Kommunikation zwischen Angehörigen, dem Arbeitgeber, Ärzten und weiteren Gesellschaften.

2.22.3.7 Pflegeplatzgarantie

In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung.

Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt. Hierauf besteht jedoch kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung sind von der versicherten Person selbst zu tragen.

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

2.22.4.1 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfe- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf gemäß Ziffer 2.22.2 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Tag des Unfalls.

2.22.4.2 Leistung bei Anerkennung einer Pflegestufe

Die Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfe- und Pflegeleistungen:

- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfe- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 2.22.3 und 2.22.4.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.22.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

2.22.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.22.5.2 Umfang der Leistung

Wir übernehmen die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 2.22.3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

2.22.5.3 Dauer der Leistung

Solange die Voraussetzungen der Ziffer 2.22.5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu 1 Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 2.22.5.4.

Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen nach der Anerkennung. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

2.22.5.4 Ende unserer Leistungen

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

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

Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:

2.22.6.1 Auskunftspflicht

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

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

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

2.22.6.2 Beantragung von Pflegeleistungen

Entspricht die Hilfebedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einer Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

2.22.6.3 Anzeigepflicht bei Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

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

2.22.6.4 Obliegenheitsverletzung

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 7 gilt entsprechend.

2.22.7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

2.23 Nicht belegt

2.24 Leistungsgarantien

2.24.1 Nicht belegt

2.24.2 Bedingungs-Update-Garantie

Werden der Unfallversicherung HanseMercur Smart Premium Partner neue Bedingungen zugrunde gelegt, gelten verbesserte Leistungsinhalte mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

2.24.3 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass die diesem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen - jeweils aktueller Stand - abweichen.

2.24.4 Nicht belegt

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.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Anrechnung des Mitwirkungsanteils

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

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

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

3.3 Nicht belegt

4 Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit

4.1 Kinderumstellung

4.1.1 Anpassung des Beitrags an den Erwachsenenentarif

Zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag des versicherten Kindes stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenenentarif um.

Die Versicherungssummen bleiben bei der Umstellung erhalten. Der Beitrag wird an den Erwachsenenentarif angepasst.

4.1.2 Mitteilung der Berufstätigkeit

Kinder werden bis zum 18. Geburtstag grundsätzlich ohne Beruf geführt.

Sie erhalten von uns rechtzeitig vor dem 18. Geburtstag des versicherten Kindes eine Information mit der Bitte, den Versicherungsschutz zu überprüfen und uns die Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Kindes mitzuteilen. Ab dem 18. Geburtstag hängt die Höhe des Beitrags maßgeblich von der aktuellen Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln und Auswirkungen auf den Versicherungsschutz bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach Ziffer 4.3.

4.2 Best-Ager Umstellung

4.2.1 Zeitpunkt der Anpassung

Eine Umstellung auf den Best-Ager Tarif findet für die versicherte Person unter den folgenden Voraussetzungen statt:

Die versicherte Person

- bezieht eine Altersrente (auch Frührente) von der Deutschen Rentenversicherung oder
- bezieht eine Beamtenpension (Ruhegehalt) oder
- ist 67 Jahre alt geworden.

Sobald eine dieser Voraussetzungen erfüllt wurde, wird der Tarif für die versicherte Person zur nächsten Hauptfälligkeit umgestellt.

Der Renteneintritt ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.2.2 Anpassung des Versicherungsschutzes

4.2.2.1 Reduzierung vereinbarter Leistungen zum Renteneintritt

Sofern der Versicherungsschutz zum Zeitpunkt des Renteneintritts die Höchstversicherungssummen für Best-Ager überschreitet, werden die Versicherungssummen der Leistungsarten auf die Höchstversicherungssummen nach Ziffer 4.2.2.2 umgestellt.

4.2.2.2 Höchstversicherungssummen für Best-Ager

Höchstversicherungssummen für Best-Ager	
Invaliditätsleistung	Höchstversicherungssumme
- ohne Progression	75.000 EUR
- mit 225 % Progression	65.000 EUR
- mit 350 % Progression	45.000 EUR
- mit 500 % Progression	30.000 EUR
- mit 1.000 % Progression	15.000 EUR
Unfall-Rente	
- ab 50 %	1.500 EUR
- ab 40 %	1.000 EUR
Übergangsleistung	10.000 EUR
Todesfall-Leistung	25.000 EUR
Unfall-Krankenhaustagegeld	50 EUR
Genesungsgeld	50 EUR

4.2.2.3 Nicht belegt

4.2.3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag wird nach dem bei Abschluss des Vertrags gültigen Best-Ager Tarif berechnet und für die versicherte Person angepasst.

4.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der aktuellen Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Übt eine Person mehrere Tätigkeiten aus, ist diejenige anzugeben, welche überwiegend ausgeübt wird. Sofern keine Tätigkeit überwiegt, ist diejenige anzugeben, welche über den längsten Zeitraum hinweg ausgeübt wird.

4.3.1 Mitteilung der Änderung

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

4.3.2 Auswirkung 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.

Falls der Berufswechsel in einen nicht versicherbaren Beruf gemäß unserer Annahmerichtlinien erfolgt, endet der Vertrag zum Ende des Monats nach Aufnahme der neuen Tätigkeit, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

4.3.3 Vertragsende bei Berufs- oder Leistungssportlern

Versicherte Personen, die während der Vertragslaufzeit

- ihren Lebensunterhalt überwiegend durch die Ausübung des Sports verdienen oder
- den Sport in einer Profiligena oder als Vertragsamateur ausüben

sind nicht versicherbar. Der Vertrag endet bei Eintritt einer der Voraussetzungen mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

4.3.4 Nicht belegt

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle und andere Krampfanfälle

5.1.1.1 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

5.1.1.2 Ausnahme

Die Bewusstseinsstörung wurde durch einen Unfall verursacht, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Herzinfarkt oder Schlaganfall,
- Alkoholkonsum (ausgenommen sind Unfälle beim Führen von Kraftfahrzeugen),
- Alkoholkonsum beim Führen von Kraftfahrzeugen bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,7 Promille,
- Sekundenschlaf

sind mitversichert.

5.1.2 Straftaten

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

5.1.3 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird

- Opfer eines Terroranschlags außerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiets,
- auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 28. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs 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.

5.1.4 Luftfahrtrisiko

Unfälle der versicherten Person

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

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht

- als Flugschüler, sofern für diesen nach deutschem Recht noch keine Erlaubnis benötigt wird.
- als Passagier in Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen.
- beim Kitesurfen.

5.1.5 Rennveranstaltungen

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.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht für die Teilnahme an

- Fahrsicherheitstrainings, die keinen Renncharakter aufweisen.
- Fahrveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten).

5.1.6 Kernenergie

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

Ausnahme:

- Ein Unfall hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Ausnahme:

Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen, Laserstrahlen, Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle), künstlich erzeugte ultra-violette Strahlen sowie energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt.

Diese Ausnahme gilt nicht für Gesundheitsschäden durch Kernenergie (Ziffer 5.1.6).

5.2.3 Heilmaßnahmen

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.

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

5.2.4 Infektionen

Es gelten folgende Ausnahmen:

5.2.4.1 Infektionskrankheiten

Als Unfall gilt die erstmalige ärztliche Feststellung folgender Infektionskrankheiten:

- a) Infektionskrankheiten, die von Tieren (z. B. Zecken oder Hunde) durch Verletzungen der Haut (z. B. Bisse oder Stiche) übertragen wurden.
- b) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Gürtelrose, Hasenpest, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Para Typhus, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Schweinegrippe, spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis), Tollwut, Tuberkulose, Typhus, Vogelgrippe, Windpocken, Wundstarrkrampf.

5.2.4.2 Wundinfektionen und Blutvergiftungen

Als Folge eines Unfalls sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

5.2.4.3 Andere Krankheitserreger und Heilmaßnahmen

Die versicherte Person infiziert sich

- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz nach Ziffer 5.2.3 besteht.

5.2.4.4 Geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

Liegt ein Unfall vor, sind auch die in Ziffer 5.2.4.1 genannten Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen mitversichert, wenn Sie uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen anzeigen.

5.2.4.5 Impfschäden

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Schutzimpfungen (Impfschaden). Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Die Schutzimpfung muss gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich empfohlen worden sein.

5.2.4.6 Allergische Reaktionen

Als Unfall gelten auch allergische Reaktionen auf Insektenstiche oder -bisse infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern Sie uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen anzeigen.

Wird aufgrund einer allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

5.2.4.7 Erweiterte Infektionsklausel für Heilberufe

5.2.4.7.1 Personenkreis

Für versicherte Personen folgender Berufsgruppen gilt die erweiterte Infektionsklausel für Heilberufe:

- Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte,
- Zahntechniker, Heilpraktiker, Hebammen,
- Studenten der Medizin und der Tiermedizin,
- Krankenpflegepersonal.

5.2.4.7.2 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

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

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

5.2.4.7.3 Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfallrente

Abweichend von den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 gilt:

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

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

5.2.4.8 Nicht belegt

5.2.5 Psychische Reaktionen

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

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten.

Voraussetzung ist, dass diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte

- organische Erkrankung des Nervensystems oder
- neu entstandene Epilepsie

zurückzuführen sind.

5.2.6 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Ausnahme:

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

Der Leistungsfall

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

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

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

6.1 Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unverzüglich unterrichten. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

Ausnahme:

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der tatsächliche Umfang erkennbar wird.

6.2 Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben

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

6.3 Ärztliche Untersuchungen zur Prüfung unserer Leistungspflicht

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

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

6.4 Auskunftspflicht

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 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

Der Versicherungsschutz bleibt 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.

Dies gilt nicht, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

8 Wann sind Leistungen fällig?

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

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

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

8.2 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.

8.3 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 Todesfall-Leistung beansprucht werden.

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zum 18. Geburtstag verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag ab dem Datum der Neubemessungserklärung mit 3 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

9.2 Vertragsdauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen (Vertragsdauer) und verlängert sich über den Ablauftermin hinaus um jeweils ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns gekündigt wird.

Ist nach dem Versicherungsschein keine automatische Vertragsverlängerung vorgesehen, weil Sie mit uns die Absicherung einer vorübergehenden Gefahr vereinbart haben, endet die Versicherung zum vereinbarten Ablauf.

9.2.2 Ende des Vertrags

9.2.2.1 Kündigung durch Sie (Versicherungsnehmer)

Sie können den Vertrag täglich kündigen.

9.2.2.2 Kündigung durch uns (Versicherer)

Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Ablauftermin oder zum Ende jedes darauf folgenden Versicherungsjahres kündigen.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

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

9.4 Nicht belegt

9.5 Vertragsbeendigung bei Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland

Verlegen Sie ihren Erstwohnsitz ins Ausland endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

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

9.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

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

10.1.2 Versicherungsteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

10.2.3 Rücktritt

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

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 10.3.3).

10.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten. Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.6 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

10.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wenn Sie unverschuldet arbeitslos werden und

- mindestens 12 Monate in einem sozialversicherungspflichtigen, unbefristeten Beschäftigungsverhältnis gewesen sind,
- Ihre wöchentliche Arbeitszeit vor der Kündigung mindestens 30 Stunden betrug,
- der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis nach dem Versicherungsbeginn gekündigt hat,
- bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind,
- Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beziehen,
- die Arbeitslosigkeit vor dem 60. Geburtstag eintritt,
- der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist,

gilt Folgendes:

10.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir führen die Versicherung mit dem zum Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit geltenden Leistungsumfang beitragsfrei für die Dauer der Arbeitslosigkeit weiter

- für längstens 12 Monate oder
- sofern der Vertrag vorher endet bis zum vereinbarten Ablauf des Versicherungsvertrags.

Das Ende der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10.6.3 Wiederholte Arbeitslosigkeit

Die Beitragsbefreiung wird über die gesamte Vertragslaufzeit - auch bei wiederholter Arbeitslosigkeit - höchstens für insgesamt 12 Monate gewährt.

10.7 Nicht belegt

10.8 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben, führen wir die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang beitragsfrei weiter

- für alle versicherten Personen,
- bis zur nächsten Hauptfälligkeit.

10.9 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

10.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- der Versicherungsbeginn vor Ihrem 45. Geburtstag lag,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

10.9.2 Art und Höhe der Leistung

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

10.9.3 Neuer Versicherungsnehmer

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

10.10 Beitragsanpassung

Der Beitrag kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Beitragsanpassung steigen oder sinken.

Wir sind berechtigt, die Tarife der Unfallversicherung an die Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen, um das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung des Versicherungsbeitrags) wieder herzustellen. Dabei sind die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik zu berücksichtigen.

Sofern sich eine Anpassung ergibt, kann damit eine Verminderung oder eine Erhöhung eines Tarifs verbunden sein. Bei einer Verminderung ist der Versicherer verpflichtet, die Absenkung an den Versicherungsnehmer weiterzugeben. Bei einer Erhöhung darf die Anpassung nur bis zur Höhe des Tarifbeitrags im Neugeschäft für vergleichbaren Versicherungsschutz erfolgen.

Die sich ergebenden Änderungen aus einer Anpassung werden zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Sofern die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart ist, gilt als Zeitpunkt die jeweilige Hauptfälligkeit. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen. Die Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

Weitere Bestimmungen

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

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

12.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 Kündigung

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

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

12.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 10.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

12.4 Anfechtung

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

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

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern 12.1. bis 12.4. gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

13 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14 Welches Gericht ist zuständig?

14.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- Das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- Das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

14.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie

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

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

15.1 Mitteilungen an uns

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

15.2 Änderungen Ihrer Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Versicherungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Telefon. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

Für Fragen zu Ihrer bestehenden Versicherung

Telefon 040 4119-7000
von Montag bis Freitag, 08:00 bis 18:00 Uhr

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Telefon 040 4119-7000
Telefax 040 4119-3257

info@hansemerkur.de