

HanseMerkur
Allgemeine Versicherung AG

Kundeninformation

Unfallversicherung Best Gold

November 2022



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.

Herzlich willkommen bei der HanseMerkur!	3
Wichtige Informationen	4
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	8
Informationen zur Besurance HIS GmbH im Sinne des Artikel 13 und 14 DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung)	10
Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung	12

Herzlich willkommen bei der HanseMerkur!

Schön, dass Sie sich für die Unfallversicherung Best Gold der HanseMerkur entschieden haben. Sie übertragen uns damit einen wichtigen Teil Ihrer Risikoabsicherung. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit, eine kleine Unachtsamkeit reicht aus. Damit ein Unfall nicht zu finanziellen Sorgen und Engpässen führt, hilft Ihnen Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Ihrem Versicherungsschein oder Nachtrag zum Versicherungsschein können Sie entnehmen, welchen Versicherungsschutz Sie abgeschlossen haben. Ebenso wichtig wie der Versicherungsschein sind diese Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Best Gold und der Antrag. Bewahren Sie alles sorgfältig auf. Sie sind wichtige Dokumente.

Was ist im Versicherungsfall (Schadenfall) zu tun?

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, ziehen Sie (oder eine mitversicherte Person) bitte unverzüglich einen Arzt hinzu und befolgen seine Anordnungen.

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

So erreichen Sie uns:

Schadenhotline: 040 4119-7000

E-Mail: hma-schaden@hansemerkur.de

Online: www.hansemerkur.de

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.

Der in der Widerrufsbelehrung verwendete Begriff *Prämie* hat die gleiche Bedeutung wie der sonst im Bedingungs-
werk verwendete Begriff *Beitrag*.

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.



Wir versichern keine Personen, die eine der folgenden Krankheiten haben:

- | | |
|--|---------------------------------|
| – Alkoholismus (Alkoholsucht) | – Bluterkrankheit (Hämophilie) |
| – Drogensucht | – Epilepsie |
| – Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta) | – Knochenschwund (Osteoporose) |
| – Multiple Sklerose | – offener Rücken (Spina bifida) |
| – Paget-Krankheit (Osteodystrophia deformans) | – Wirbelgleiten (Spondylolyse) |
| – Zuckerkrankheit (Diabetes) | |

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 Ehses, 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.

Informationen zur angebotenen Leistung

Vertragsgrundlagen	Grundlagen des Versicherungsvertrags sind der Antrag, der Versicherungsschein (einschl. dessen Nachträge), die Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Best Gold 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 Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Best Gold 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 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.

Informationen zum Vertrag

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.
------------------------------------	---

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.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

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

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter <https://www.hansemerkur.de/widerruf> ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrages bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so 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. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

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 darauffolgenden Jahres.

Informationen zum Rechtsweg

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 e.V. 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



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.

Informationen zur Besurance HIS GmbH im Sinne des Artikel 13 und 14 DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung)

Zwecke der Datenverarbeitung der Besurance HIS GmbH

Die Besurance HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das "Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft" (HIS). 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.

Die Besurance HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im HIS Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können und übermittelt diese ggf. an anfragende Versicherungsunternehmen. 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.

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

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

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

Herkunft der Daten der Besurance 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 werden von der Besurance HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung, über die Sie gegebenenfalls von dem Versicherungsunternehmen gesondert informiert werden, speichert die Besurance 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 Besurance 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 HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:

– 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.

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 Besurance HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die Besurance 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 Besurance 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 Besurance HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die Besurance 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 Besurance 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 Besurance HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.besurance-HIS.de/selbstauskunft/ bei der Besurance HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

Besurance HIS GmbH
Daimlerring 4
65205 Wiesbaden
Telefon: 0151 / 506 918 44

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

Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung

Best Gold
November 2022

Inhalt

Der Versicherungsumfang	14
1 Was ist versichert?.....	14
1.1 Grundsatz	14
1.2 Geltungsbereich	14
1.3 Unfallbegriff.....	14
1.4 Erweiterungen des Unfallbegriffs.....	14
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	16
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	16
2.1 Invaliditätsleistung	16
2.2 Unfall-Rente ab 50 %.....	23
2.3 Unfall-Rente ab 40 %	23
2.4 Übergangsleistung	24
2.5 Todesfall-Leistung.....	25
2.6 Unfall-Krankenhaustagegeld	25
2.7 Genesungsgeld	26
2.8 Unfall-Tagegeld.....	26
2.9 Hilfe- und Pflegeleistungen	27
2.10 Bergungskosten	30
2.11 Kosmetische Operationen.....	31
2.12 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs	31
2.13 Komageld	32
2.14 Sofortleistung.....	32
2.15 Kurbeihilfe und Reha-Hilfe.....	33
2.16 Reha-Management	33
2.17 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	35
2.18 Pflegetagegeld	36
2.19 Psychologische Soforthilfe.....	36
2.20 Selbstverteidigungskurs nach Gewaltstraftaten.....	36
2.21 Vorsorgeversicherung	36
2.22 Leistungen für Kinder	37
2.23 Haushaltshilfegeld	38
2.24 Haustierbetreuung	39
2.25 Erweiterte Therapien	39
2.26 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen oder Bänderrissen (Gipsgeld).....	40
2.27 Aktiv-Hilfe	40
2.28 Leistung bei unfallbedingter Fehl- oder Totgeburt	40
2.29 Geburtshilfe	41
2.30 Heilbehandlungen im Ausland.....	41
2.31 Ersatz von Darlehensbeträgen für Eigentümer von Privatimmobilien.....	41
2.32 Elternunterstützungsgeld.....	41
2.33 Schmerzensgeld Plus.....	42
2.34 Leistungsgarantien.....	45
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?.....	46
3.1 Krankheiten und Gebrechen	46
3.2 Mitwirkung	46
4 Tarifbestimmungen - Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit.....	46
4.1 Kinderumstellung	46
4.2 Altersanpassungen im Erwachsenentarif	46

4.3	Reduzierung der Versicherungssummen.....	47
4.4	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	47
4.5	Beitragsanpassung.....	48
5	Was ist nicht versichert?	48
5.1	Ausgeschlossene Unfälle.....	48
5.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	50
	Der Leistungsfall.....	53
6	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	53
6.1	Hinzuziehen eines Arztes	53
6.2	Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.....	53
6.3	Ärztliche Untersuchungen zur Prüfung unserer Leistungspflicht	53
6.4	Auskunftspflicht.....	53
7	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	53
8	Wann sind Leistungen fällig?.....	53
8.1	Erklärung über die Leistungspflicht.....	54
8.2	Fälligkeit der Leistung	54
8.3	Vorschüsse.....	54
8.4	Neubemessung des Invaliditätsgrads.....	54
	Die Versicherungsdauer	54
9	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?.....	54
9.1	Beginn des Versicherungsschutzes.....	54
9.2	Vertragsdauer und Ende des Vertrags	54
9.3	Kündigung nach Versicherungsfall.....	55
9.4	Rückwirkende Kündigung bei Pflegebedürftigkeit.....	55
9.5	Vertragsbeendigung bei Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland.....	55
9.6	Versicherungsjahr	55
	Der Versicherungsbeitrag	55
10	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	55
10.1	Beitrag und Versicherungssteuer.....	55
10.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	55
10.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag.....	56
10.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat.....	56
10.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung.....	56
10.6	Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	56
10.7	Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	57
10.8	Beitragsbefreiung bei Tod oder Invalidität des Versicherungsnehmers.....	57
	Weitere Bestimmungen.....	57
11	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	57
11.1	Fremdversicherung	57
11.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller.....	57
11.3	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	57
12	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	58
12.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht.....	58
12.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung.....	58
12.3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	59
12.4	Anfechtung	59
12.5	Erweiterung des Versicherungsschutzes.....	59
13	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?.....	59
13.1	Gesetzliche Verjährung.....	59
13.2	Aussetzung der Verjährung.....	59
14	Welches Gericht ist zuständig?.....	59
14.1	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns.....	59
14.2	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie	59
15	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?.....	60
15.1	Mitteilungen an uns.....	60
15.2	Änderungen Ihrer Anschrift.....	60
16	Welches Recht findet Anwendung?	60
17	Sanktionsklausel	60

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

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

- ein Gelenk verrenkt.
- einen Knochen bricht.
- einen Bauch-, Nabel-, Leisten- oder sonstigen 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 Eigenbewegungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung infolge einer Eigenbewegung erleidet.

Ausgeschlossen sind Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe.

1.4.3 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.

1.4.4 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).

1.4.5 Rettungsmaßnahmen/Notwehr

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.

1.4.6 Gewalttätige Auseinandersetzungen, innere Unruhen, Raufhändel und Schlägereien

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch

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

sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit an Raufhändeln oder Schlägereien beteiligt gewesen ist.

1.4.7 Vergiftungen, Nahrungsmittelvergiftungen und -allergien

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.
- Gesundheitsschäden durch einen anaphylaktischen Schock infolge einer Nahrungsmittelallergie.

1.4.8 Erfrierungen

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

1.4.9 Sonnenbrand, Sonnenstich

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

1.4.10 Oberschenkelhalsbruch / Armbruch

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unabhängig von der Ursache einen Bruch

- des Oberschenkelhalses,
- des Oberarmknochens,
- der Elle oder Speiche

erleidet.

1.4.11 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge einer

- Entführung oder Geiselnahme,
- Notsituation, aus der sie sich nicht aus eigener Kraft befreien kann,

eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach Ziffer 3 wird in diesem Fall nicht angerechnet.

1.4.12 Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch ein plötzliches Ereignis eine Gesundheitsschädigung infolge einer mechanischen, chemischen oder elektrischen Einwirkung erleidet.

1.4.13 Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch ein plötzliches Ereignis eine Gesundheitsschädigung infolge von Explosions-, Schall- oder Druckwellen erleidet.

1.4.14 Höhenkrankheit

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) erleidet.

1.4.15 Pflanzenvergiftungen

Als Unfall gilt auch eine Pflanzenvergiftung, die bei der versicherten Person durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen wird. Die giftige Wirkung oder Schädlichkeit der Pflanze darf der versicherten Person nicht bewusst gewesen sein.

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

Für jede versicherte Person gilt die im Versicherungsschein genannte Gliedertaxe.

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

Körperteil/Sinnesorgan	Invaliditätsgrad	
	Best	Plus
Arm	80 %	100 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %	100 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %	100 %
Hand	75 %	90 %
Daumen	35 %	45 %
Zeigefinger	20 %	30 %
anderer Finger	15 %	25 %
für sämtliche Finger einer Hand, jedoch höchstens	75 %	90 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %	100 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %	100 %
Bein bis unterhalb des Knies	80 %	100 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %	100 %
Fuß	70 %	70 %
große Zehe	20 %	20 %
andere Zehe	10 %	10 %
Auge	60 %	70 %
ein Auge, wenn das andere Auge vorher verloren oder voll funktionsunfähig war	100 %	100 %
Gehör auf einem Ohr	50 %	50 %
Gehör auf einem Ohr, wenn das andere Gehör auf dem anderen Ohr vorher verloren oder voll funktionsunfähig war	80 %	90 %
Geruchssinn	20 %	30 %
Geschmackssinn	20 %	30 %
Stimme	100 %	100 %
Niere	25 %	25 %
beide Nieren	100 %	100 %
Milz	10 %	10 %
Milz bei Kindern bis zum 15. Geburtstag	20 %	20 %
Gallenblase	10 %	15 %
Magen	20 %	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm je	25 %	25 %
ein Lungenflügel	50 %	50 %

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

Beispiel:

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile 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.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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 2.1.2.2.1) aufgeführt sind und keine Lebensgefahr mehr besteht.

2.1.2.5 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall eine Kopfverletzung beim

- Fahrrad-, Pedelec-, E-Bike-, E-Scooter- oder Rollerfahren.
- Ski- oder Snowboardfahren, Rodeln.
- Inlineskaten, Kickboard-, Rollschuh- sowie Skate-, Snake- oder Streetboardfahren.
- Kitesurfen, Wakeboardfahren, Windsurfen oder Wellenreiten.
- Reiten.

und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm oder einen Airbag-Helm getragen, erhöhen wir die Grundsomme für die Invaliditätsleistung um 25 %.

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.

Die Grundsomme für die Invaliditätsleistung wird durch den Helmbonus um maximal 100.000 EUR erhöht.

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 100 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.2 225 % Progression Plus

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 74 % zahlen wir 4 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % 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 in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %
26	28	41	73	56	124	71	184	86	225
27	31	42	76	57	128	72	188	87	225
28	34	43	79	58	132	73	192	88	225
29	37	44	82	59	136	74	196	89	225
30	40	45	85	60	140	75	225	90	225
31	43	46	88	61	144	76	225	91	225
32	46	47	91	62	148	77	225	92	225
33	49	48	94	63	152	78	225	93	225
34	52	49	97	64	156	79	225	94	225
35	55	50	100	65	160	80	225	95	225
36	58	51	104	66	164	81	225	96	225
37	61	52	108	67	168	82	225	97	225
38	64	53	112	68	172	83	225	98	225
39	67	54	116	69	176	84	225	99	225
40	70	55	120	70	180	85	225	100	225

2.1.3.3 350 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 3 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 100 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.4 350 % Progression Plus

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 4 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 74 % zahlen wir 7 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % 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 in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %
26	29	41	89	56	167	71	272	86	350
27	33	42	93	57	174	72	279	87	350
28	37	43	97	58	181	73	286	88	350
29	41	44	101	59	188	74	293	89	350
30	45	45	105	60	195	75	350	90	350
31	49	46	109	61	202	76	350	91	350
32	53	47	113	62	209	77	350	92	350
33	57	48	117	63	216	78	350	93	350
34	61	49	121	64	223	79	350	94	350
35	65	50	125	65	230	80	350	95	350
36	69	51	132	66	237	81	350	96	350
37	73	52	139	67	244	82	350	97	350
38	77	53	146	68	251	83	350	98	350
39	81	54	153	69	258	84	350	99	350
40	85	55	160	70	265	85	350	100	350

2.1.3.5 500 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 100 % zahlen wir 7 % aus der Versicherungssumme.

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

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

2.1.3.6 500 % Progression Plus

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 74 % zahlen wir 10 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % 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 in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %
26	30	41	105	56	210	71	360	86	500
27	35	42	110	57	220	72	370	87	500
28	40	43	115	58	230	73	380	88	500
29	45	44	120	59	240	74	390	89	500
30	50	45	125	60	250	75	500	90	500
31	55	46	130	61	260	76	500	91	500
32	60	47	135	62	270	77	500	92	500
33	65	48	140	63	280	78	500	93	500
34	70	49	145	64	290	79	500	94	500
35	75	50	150	65	300	80	500	95	500
36	80	51	160	66	310	81	500	96	500
37	85	52	170	67	320	82	500	97	500
38	90	53	180	68	330	83	500	98	500
39	95	54	190	69	340	84	500	99	500
40	100	55	200	70	350	85	500	100	500

2.1.3.7 1.000 % Progression

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 100 % zahlen wir 17 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %
26	30	41	105	56	252	71	507	86	762
27	35	42	110	57	269	72	524	87	779
28	40	43	115	58	286	73	541	88	796
29	45	44	120	59	303	74	558	89	813
30	50	45	125	60	320	75	575	90	830
31	55	46	130	61	337	76	592	91	847
32	60	47	135	62	354	77	609	92	864
33	65	48	140	63	371	78	626	93	881
34	70	49	145	64	388	79	643	94	898
35	75	50	150	65	405	80	660	95	915
36	80	51	167	66	422	81	677	96	932
37	85	52	184	67	439	82	694	97	949
38	90	53	201	68	456	83	711	98	966
39	95	54	218	69	473	84	728	99	983
40	100	55	235	70	490	85	745	100	1.000

2.1.3.8 1.000 % Progression Plus

Ergänzend zu Ziffer 2.1 gilt:

- 1) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 26 % und 50 % zahlen wir 5 % aus der Versicherungssumme.
- 2) Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads zwischen 51 % und 74 % zahlen wir 25 % aus der Versicherungssumme.
- 3) Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % 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 in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Höhe der Invaliditätsleistung in %
26	30	41	105	56	300	71	675	86	1.000
27	35	42	110	57	325	72	700	87	1.000
28	40	43	115	58	350	73	725	88	1.000
29	45	44	120	59	375	74	750	89	1.000
30	50	45	125	60	400	75	1.000	90	1.000
31	55	46	130	61	425	76	1.000	91	1.000
32	60	47	135	62	450	77	1.000	92	1.000
33	65	48	140	63	475	78	1.000	93	1.000
34	70	49	145	64	500	79	1.000	94	1.000
35	75	50	150	65	525	80	1.000	95	1.000
36	80	51	175	66	550	81	1.000	96	1.000
37	85	52	200	67	575	82	1.000	97	1.000
38	90	53	225	68	600	83	1.000	98	1.000
39	95	54	250	69	625	84	1.000	99	1.000
40	100	55	275	70	650	85	1.000	100	1.000

2.2 Unfall-Rente ab 50 %

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1 Unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 %

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad 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.

2.2.1.2 Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall

Wir zahlen die Unfall-Rente unabhängig vom Invaliditätsgrad, sofern der Unfall der versicherten Person zu einer Pflegebedürftigkeit führt.

Voraussetzung ist, dass

- vor dem Eintritt des Unfalls keine Pflegebedürftigkeit bestand und
- der Unfall zu einer Einstufung in den Pflegegrad 2 oder höher der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Folge hatte.

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

Wird die Unfall-Rente aufgrund einer unfallbedingten Invalidität gezahlt, erbringen wir die Leistung bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 8.4 unter 50 % gesunken ist.

Wird die Unfall-Rente aufgrund einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit gezahlt, erbringen wir die Leistung bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- die Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung unter Pflegegrad 2 gesunken ist.

2.2.3.3 Rentengarantie

Nach endgültiger Feststellung des Rentenanspruchs garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente auch über den Tod der versicherten Person hinaus bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Unfall.

Sofern der Partner und/oder Kinder der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalls im Rahmen dieser Unfallversicherung mitversichert waren, verlängert sich die Rentengarantie bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hätte.

Die Zahlung der Rentengarantieleistung erfolgt an die bezugsberechtigte Person. Ist kein Bezugsrecht für die versicherte Person bei uns vermerkt, zahlen wir die Leistung an Sie.

2.2.3.4 Lebensbescheinigungen

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.

2.2.3.5 Kapitalabfindung

Anstelle der monatlichen Unfall-Rente können Sie gegebenenfalls eine einmalige Kapitalabfindung wählen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person am Unfalltag das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Falls Sie diese Option haben, werden wir Sie im Schadenfall informieren. Nach Zugang dieser Information können Sie sich innerhalb eines Monats entscheiden, ob Sie die Kapitalabfindung in Anspruch nehmen möchten. Sofern wir nichts von Ihnen hören, zahlen wir die monatliche Unfall-Rente an Sie aus. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.3 Unfall-Rente ab 40 %

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Unfallbedingte Invalidität von mindestens 40 %

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 40 %.

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.

2.3.1.2 Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall

Wir zahlen die Unfall-Rente unabhängig vom Invaliditätsgrad, sofern der Unfall der versicherten Person zu einer Pflegebedürftigkeit führt. Voraussetzung ist, dass

- vor dem Eintritt des Unfalls keine Pflegebedürftigkeit bestand und
- der Unfall zu einer Einstufung in den Pflegegrad 2 oder höher der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Folge hätte.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.3.3.1 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.

2.3.3.2 Dauer der Leistung

Wird die Unfall-Rente aufgrund einer unfallfallbedingten Invalidität gezahlt, erbringen wir die Leistung bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 8.4 unter 40 % gesunken ist.

Wird die Unfall-Rente aufgrund einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit gezahlt, erbringen wir die Leistung bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- die Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung unter Pflegegrad 2 gesunken ist.

2.3.3.3 Rentengarantie

Nach endgültiger Feststellung des Rentenanspruchs garantieren wir die Zahlung der Unfall-Rente auch über den Tod der versicherten Person hinaus bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Unfall.

Sofern der Partner und/oder Kinder der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalls im Rahmen dieser Unfallversicherung mitversichert waren, verlängert sich die Rentengarantie bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hätte.

Die Zahlung der Rentengarantieleistung erfolgt an die bezugsberechtigte Person. Ist kein Bezugsrecht für die versicherte Person bei uns vermerkt, zahlen wir die Leistung an Sie.

2.3.3.4 Lebensbescheinigungen

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.

2.3.3.5 Kapitalabfindung

Anstelle der monatlichen Unfall-Rente können Sie gegebenenfalls eine einmalige Kapitalabfindung wählen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person am Unfalltag das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Falls Sie diese Option haben, werden wir Sie im Schadenfall informieren. Nach Zugang dieser Information können Sie sich innerhalb eines Monats entscheiden, ob Sie die Kapitalabfindung in Anspruch nehmen möchten. Sofern wir nichts von Ihnen hören, zahlen wir die monatliche Unfall-Rente an Sie aus. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.4 Übergangsleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

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 Übergangsleistung nach einer entschuldbaren Fristversäumung unverzüglich nachholen.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.3 Vorzeitige Zahlung der Übergangsleistung (verbesserte Übergangsleistung)

Wir zahlen 50 % der vereinbarten Übergangsleistung sofern die versicherte Person in den ersten 3 Monaten nach dem Unfall

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich,
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen,
- um 100 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung, ab dem Unfalltag gerechnet, ununterbrochen 3 Monate bestanden hat.

Die vorzeitige Zahlung wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.4.2 angerechnet.

2.4.4 Vorzeitige Zahlung bei Anspruch auf Sofortleistung

Wir zahlen die Übergangsleistung sofort, wenn ein Anspruch auf Sofortleistung nach Ziffer 2.14 besteht und dieser ärztlich festgestellt wurde.

2.5 Todesfall-Leistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.5.1.1 Unfallbedingter Tod

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

2.5.1.2 Verschollenheit

Die versicherte Person wurde nach

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

des Verschollenheitsgesetzes von einem deutschen Gericht rechtswirksam für tot erklärt.

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

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.5.3 Doppelte Todesfall-Leistung bei Fahrradunfällen und bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in doppelter Höhe, wenn die versicherte Person durch

- einen Fahrradunfall oder
- während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

tödlich verletzt worden ist.

2.5.4 Bewusstseinsstörungen

Wir zahlen die vereinbarte Todesfall-Leistung auch bei einem Unfall aufgrund von Bewusstseinsstörungen. Die Ausschlussgründe nach Ziffer 5.1.1 werden nicht angewandt.

2.6 Unfall-Krankenhaustagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung.
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation.

- befindet sich infolge eines Unfalls in einem Sanatorium oder Erholungsheim.
- unterzieht sich unfallbedingt einer vollstationären Kur oder Rehabilitationsmaßnahme.

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.
- in doppelter Höhe, sofern sich der Unfall im Ausland ereignet hat und die vollstationäre Behandlung im Ausland erfolgt.

Im Falle einer unfallbedingten Operation wird sowohl das versicherte Unfall-Krankenhaustagegeld als auch das Genesungsgeld für mindestens 7 Tage gezahlt. Die Mindestleistung wird auch erbracht, wenn die Operation ambulant durchgeführt wurde.

Ein notwendiger Krankenhaus-Aufenthalt zur Nachbehandlung ist über das 5. Unfalljahr hinaus mitversichert, sofern die Nachbehandlung nicht früher möglich war.

2.6.3 Fahrradunfälle und Unfälle in öffentlichen Verkehrsmitteln

Bei Fahrradunfällen oder Unfällen, die sich während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel ereignen,

- erhöht sich der Tagessatz des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegelds um 50 %.
- zahlen wir 3 Tagessätze des Unfall-Krankenhaustagegeldes zusätzlich.

2.7 Genesungsgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- unfallbedingt aus der vollstationären Behandlung entlassen worden oder
- hat sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unterzogen

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,
- auch wenn die versicherte Person vor der Krankenhausentlassung verstirbt.

2.8 Unfall-Tagegeld

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.8.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich nach

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

Das Unfall-Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

Wir zahlen das Unfall-Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 1 Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.9 Hilfe- und Pflegeleistungen

2.9.1 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.

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

2.9.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

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

2.9.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

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

2.9.2.3 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.

2.9.3 Welche Leistungen sind versichert?

2.9.3.1 Hilfeleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfeleistungen und übernehmen deren Kosten.

2.9.3.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person und mitversicherte Kinder täglich mit einer Hauptmahlzeit aus dem Angebot des Dienstleisters. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.1.2 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 übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

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

2.9.3.1.3 Begleitung bei Arzt-, Therapie- 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. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person im üblichen Umfang bis zu 1-mal wöchentlich. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche sowie leisten die Schuhpflege der versicherten Person bis zu 1-mal wöchentlich. Die Kosten übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person für bis zu 6 Monate mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

2.9.3.1.7 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.

2.9.3.1.8 Familien-Hilfe

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

- eine Tagesmutter (einschließlich Freizeitgestaltung),
- Fahrdienste zur Kita, Schule oder Tagesmutter,
- Hausaufgabenbetreuung bis zur 4. Klasse,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Wäscheservice (Waschen, Trocknen, Bügeln, Schuhpflege),
- Einkäufe und Wohnungsreinigung,
- Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe beim Essen,
- Unterstützung beim An- und Auskleiden,
- Hilfe bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Der zeitliche Aufwand ist auf täglich 8 Stunden für maximal 4 Wochen begrenzt. In Nottfällen organisieren und übernehmen wir die Kosten für eine Betreuung bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles ohne anderweitige (z. B. familiäre) Hilfeleistung.

Die Kosten für die Kinderbetreuung übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.1.9 Fahrtkosten

Wir übernehmen die nachgewiesenen Fahrtkosten für

- die Hin- und Rückfahrt zu Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt.
- Taxifahrten zur ambulanten Weiterbehandlung oder zu notwendigen Behördengängen, sofern dort persönliches Erscheinen notwendig ist, für bis zu 2-mal pro Woche, in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometern vom Wohnsitz der versicherten Person.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger, z. B. der Krankenversicherer zur Leistung verpflichtet ist, werden nur die im Selbstbehalt verbleibenden Kosten übernommen.

2.9.3.1.10 Hausmeisterdienste

Wir übernehmen die Kosten eines Hausmeisterdienstes für notwendige Streu- und Reinigungspflichten sowie für die Gartenpflege, sofern die versicherte Person ganz oder teilweise außerstande ist, diesen Pflichten nachzukommen.

Die Kosten für den Hausmeisterdienst übernehmen wir für bis zu 6 Monate.

2.9.3.2 Organisation von weiteren Hilfeleistungen

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

- Rechtsberatung zum Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht) oder Informationsrecht (Recht auf Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Patientenakten einschl. Datenschutzproblemen)
- Hausmeisterdienst
- Gartenpflege
- Umbau des Kraftfahrzeugs
- Wohnraumberatung zum barrierefreien Wohnen
- Umzugsservice
- Haar-, Nagel- oder Fußpflege

2.9.3.3 Pflegeleistungen

Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

2.9.3.3.1 Grundpflege

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

2.9.3.3.2 Information und Beratung zur Pflege

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

2.9.3.3.3 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.

2.9.3.3.4 Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Arbeitgeber, Ärzten und Gesellschaften

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

2.9.3.3.5 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.

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

2.9.4.1 Dauer und Höhe der Leistung

Wir erbringen die Hilfe- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf gemäß Ziffer 2.9.2 besteht, längstens für 1 Jahr ab dem Tag des Unfalls bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 EUR.

2.9.4.2 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 2.9.2 und 2.9.3.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.9.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

2.9.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.9.5.2 Umfang der Leistung

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

2.9.5.3 Dauer der Leistung

Solange die Voraussetzungen der Ziffer 2.9.5.1 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 einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 2.9.5.4.

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.

2.9.5.4 Ende unserer Leistungen

Unsere Leistungen enden spätestens 1 Jahr nach dem Unfall der versicherten Person.

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

Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:

2.9.6.1 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.

2.9.6.2 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.

2.9.6.3 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.

2.9.6.4 Obliegenheitsverletzung

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

2.9.7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

2.10 Bergungskosten

2.10.1 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.

2.10.2 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.

2.10.3 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.

2.10.4 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.

Bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, übernehmen wir die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) auch ohne medizinische Notwendigkeit.

2.10.5 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.

2.10.6 Krankenbesuch von einer nahestehenden Person

Bei Unfällen im Ausland übernehmen wir die Kosten für einen Krankenbesuch einer nahestehenden Person, sofern die versicherte Person allein gereist ist und der Krankenhausaufenthalt über den geplanten Rückreisetermin hinausgeht.

Wir übernehmen die Kosten für die

- Hin- und Rückreise der nahestehenden Person, maximal jedoch in Höhe der Kosten für eine Hin- und Rückreise vom Wohnsitz der versicherten Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes.
- Verpflegung- und Übernachtung der nahestehenden Person bis 300 EUR.

2.10.7 Leistung bei mehreren Unfallversicherungen

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, können Leistungen der Art Bergungskosten (Ziffer 2.10) nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.11 Kosmetische Operationen

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne und Zahnersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) zum äußeren Erscheinungsbild. Ausgeschlossen ist herausnehmbarer Zahnersatz (z. B. Geschiebeprothesen, Klammerprothesen, Teleskopprothesen, Vollprothesen).

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung,
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen bis zum 25. Geburtstag.

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

2.11.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

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.

2.12 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

2.12.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit Entfernung einer kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

Wir erbringen keine Leistung,

- wenn die Brustkrebserkrankung vor Vertragsbeginn oder in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wurde,
- für Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

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

2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten bis zu 10.000 EUR für

- nachgewiesene Arzthonorare,
- sonstige Operationskosten und
- notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,

soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind.

Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 5.000 EUR bezahlt. Hierzu zählt z. B. das künstlerische Pigmentieren oder Tätowieren von Warze und Hof für die Wiederherstellung verlorener Symmetrie.

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

2.13 Komageld

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person fällt nach einem Unfall in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt.

2.13.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Komageld

- in Höhe von 30 EUR pro Kalendertag,
- ab dem ersten Kalendertag des komatösen Zustands,
- für den Zeitraum des komatösen Zustands,
- längstens für 3 Jahre vom Unfalltag.

2.14 Sofortleistung

2.14.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat vor dem 70. Geburtstag durch einen Unfall eine schwere Verletzung erlitten. Eine schwere Verletzung liegt vor bei:

- Querschnittslähmung
- Amputation eines Arms oder einer Hand
- Amputation eines Beins oder eines Fußes
- Schädel-Hirntrauma 2.Grades (Kontusion) oder Hirnblutung
- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge (Aphakie)
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
- Kombination aus mindestens zwei unterschiedlichen, der im folgenden genannten Verletzungsbilder:
 - Bruch eines langen Röhrenknochens (Oberarmknochen, Elle, Speiche, Oberschenkelknochen, Schien- und Wadenbein)
 - Beckenbruch
 - Bruch der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs

Die Verletzung muss ärztlich festgestellt werden.

2.14.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung einmal je Unfallereignis in Höhe von 20.000 EUR, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

2.14.3 Sofortleistung bei selbstgenutztem Wohneigentum

Wenn Sie als Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit selbstgenutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die Sofortleistung für Sie und Ihren mitversicherten Ehe-/Lebenspartner auf

- 50.000 EUR im 1. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.
- 45.000 EUR im 2. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.
- 40.000 EUR im 3. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.
- 35.000 EUR im 4. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.
- 30.000 EUR im 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.
- 25.000 EUR im 6. Jahr nach Erwerb/Baubeginn.

Der Versicherungsschutz beginnt

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

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine:

- mit Ablauf des 6. Jahres nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheims,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

2.14.4 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.

2.15 Kurbeihilfe und Reha-Hilfe

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem Unfall

- innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gerechnet,
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 1 Woche,
- eine medizinisch notwendige Kur oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Die Kurbeihilfe- und Reha-Hilfe zahlen wir auch bei ambulanten oder teilstationären Kur- oder Reha-Maßnahmen.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

Die Voraussetzungen für die Leistung sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten von der versicherten Person selbst getragene Kosten der Kur- oder Reha-Maßnahme.

Zusätzlich erhalten Sie ein Kur- und Reha-Tagegeld in Höhe von 30 EUR für jeden Tag der vollstationären Kur- oder Reha-Maßnahme, längstens jedoch für 100 Tage. Bei teilstationären oder ambulanten Kuren oder Reha-Maßnahmen zahlen wir das Kur- und Reha-Tagegeld nur für die tatsächlichen Behandlungstage.

Die Leistung kann nur einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, kann die Kurbeihilfe und Reha-Hilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.16 Reha-Management

2.16.1 Was ist versichert?

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

Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2.16.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

2.16.2.1 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.

2.16.2.2 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.

2.16.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

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

2.16.3 Welche Leistungen sind versichert?

2.16.3.1 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)

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

- *holen wir eine ärztliche Zweitmeinung ein.*
- *organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik.*
- *vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie.*

2.16.3.2 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.

2.16.3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen,
- Rollstühle,
- Gehhilfen.

2.16.3.4 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.

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

2.16.4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 2.16.2.2 und 2.16.3 erbringen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.16.4.2 Kostenübernahme

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

2.16.4.3 Zahlungen anderer Leistungsträger

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach Ziffer 2.16.3.1 bis 2.16.3.3 tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

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

Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:

2.16.5.1 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.

2.16.5.2 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.

2.16.5.3 Obliegenheitsverletzung

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

2.16.6 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.

2.16.7 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.

2.17 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir erstatten innerhalb von 5 Jahren nach einem Unfall die Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, sofern die Maßnahmen aufgrund einer durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind.

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

2.17.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für

- die behindertengerechte Fahrzeugumrüstung,
- den behindertengerechten Haus- oder Wohnungsumbau,
- den Umzug in einen behinderten gerechten Wohnsitz,
- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Arm- oder Beinprothesen, Hörgeräte, Gehhilfen, Orthesen),
- künstliche Organe und Organtransplantationen,
- Schulungen zum Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache,
- die Anschaffung eines Assistenz- oder Blindenhundes,
- die Reparatur oder den Ersatz bei Beschädigung von bestehenden Gliedmaßenprothesen.

Wir erstatten die Kosten für notwendige behinderungsbedingte Mehraufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 50.000 EUR je Unfallereignis.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenversicherer, Unfallverursacher), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

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

2.18 Pflegegeld

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person wird durch einen Unfall pflegebedürftig und es wird ihr mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt.

2.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein tägliches Pflegegeld

- für die Dauer der Pflegegradzuerkennung,
- ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Pflegegrads,
- in Höhe von
 - 20 EUR bei Pflegegrad 2,
 - 40 EUR bei Pflegegrad 3,
 - 60 EUR ab Pflegegrad 4,
- für längstens 1 Jahr.

2.19 Psychologische Soforthilfe

2.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erhält eine psychologische Betreuung/Behandlung sofern

- diese aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung ärztlich angeordnet wird oder
- ein Leistungsanspruch auf Sofortleistung nach Ziffer 2.14 besteht oder
- diese Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist oder
- eine psychische oder nervöse Störung im Anschluss an einen Unfall eintreten ist und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems zurückzuführen sind oder
- eine mitversicherte Person unfallbedingt verstorben ist.

2.19.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung/Behandlung.

2.20 Selbstverteidigungskurs nach Gewaltstraftaten

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist Opfer einer Gewaltstraftat geworden.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Tat polizeilich angezeigt und ein Antrag auf Strafverfahren gestellt wurde.

2.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die Kosten eines Selbstverteidigungskurses bis 1.000 EUR.

2.21 Vorsorgeversicherung

2.21.1 Voraussetzung für die Leistung

Es besteht beitragsfreier Versicherungsschutz im Rahmen der Vorsorgeversicherung

- für Kinder der versicherten Person, die während der Wirksamkeit des Vertrags geboren oder bis zum 18. Geburtstag adoptiert werden.
- für den zuvor unversicherten Ehe-/Lebenspartner der versicherten Person, sofern für diesen noch keine Unfallversicherung bei der HanseMerkur oder einem anderen Versicherer besteht.
- für Kinder, die der hinzukommende Ehe-/Lebenspartner in die Partnerschaft mitbringt und
 - die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person leben und
 - zum Zeitpunkt der Eheschließung/Eintragung der Lebenspartnerschaft das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Geburt, Adoption, Heirat oder Eintragung der Lebenspartnerschaft muss uns schriftlich innerhalb von 2 Wochen nach dem Ereignis angezeigt werden.

Voraussetzung ist auch, dass für den hinzukommenden Ehe-/Lebenspartner kein weiterer privater Unfallversicherungsschutz bei der HanseMerkur oder einem anderen Versicherer besteht.

2.21.2 Art und Umfang der Leistung

Die Vorsorgeversicherung beinhaltet folgende Leistungen:

- Invaliditätsleistung 100.000 EUR
- Todesfall-Leistung 10.000 EUR
- Unfall-Krankenhaustagegeld 20 EUR
- alle beitragsfreien Leistungen der Ziffern 2.9 bis 2.30

Die Höhe und Fälligkeit der Leistungen regelt sich nach diesen Bedingungen. Bei der Invaliditätsleistung finden vereinbarte Progressionsmodelle der versicherten Person keine Anwendung für die Vorsorgeversicherung.

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

2.21.3 Dauer der Leistung

Der beitragsfreie Versicherungsschutz besteht für 12 Monate ab dem Zeitpunkt

- der Geburt.
- der Rechtswirksamkeit der Adoption.
- der Heirat.
- der Eintragung als Lebenspartnerschaft.

Endet der Versicherungsvertrag, so endet mit diesem auch der beitragsfreie Versicherungsschutz der Vorsorgeversicherung.

2.21.4 Einschluss der Person in den Vertrag

Stellen Sie einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person während der Dauer des Vorsorgeschatzes, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

Liegt der Versicherungsbeginn für die hinzukommende Person im Zeitraum der Vorsorgeversicherung, gelten die beantragten Versicherungssummen anstelle der Versicherungssummen aus der Vorsorgeversicherung. Der Versicherungsschutz ist bis zum Ende der Vorsorgeversicherung nach Ziffer 2.21.3 beitragsfrei.

2.22 Leistungen für Kinder

2.22.1 Erweiterungen des Unfallbegriffs

2.22.1.1 Verätzungen

Als Unfall gilt auch, wenn das versicherte Kind bis zum 18. Geburtstag eine Gesundheitsschädigung infolge einer Verätzung erleidet.

2.22.1.2 Alkoholvergiftungen

Als Unfall gilt auch, wenn das versicherte Kind bis zum 14. Geburtstag eine Alkoholvergiftung erleidet.

2.22.2 Unfalltod beider Eltern

Sterben beide in diesem Vertrag versicherten Elternteile infolge desselben Unfallereignisses, so verdoppeln sich die vereinbarten Versicherungssummen beider Eltern für die Todesfall-Leistung (Ziffer 2.5).

Voraussetzung für die Leistung ist, dass mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind unter 18 Jahren in diesem Vertrag mitversichert ist und in häuslicher Gemeinschaft mit mindestens einem Elternteil lebt.

2.22.3 Vollwaisen-Rente

2.22.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sterben beide in diesem Vertrag versicherten Elternteile infolge desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an die mitversicherten eigenen und adoptierten Kinder.

2.22.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Vollwaisen-Rente zahlen wir jährlich in Höhe des 50-fachen Bruttojahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 EUR pro Jahr und Kind.

Die Zahlung endet mit dem 18. Geburtstag des Kindes.

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

2.22.4 Beschädigung von Zahnsparren

In Ergänzung zu den kosmetischen Operationen (Ziffer 2.11) ersetzen wir bei Kindern bis zum 18. Geburtstag auch die notwendigen Kosten zur Reparatur von unfallbedingten Beschädigungen von Zahnsparren bis zu einer Höhe von 1.500 EUR.

2.22.5 Rooming-In

2.22.5.1 Voraussetzung für die Leistung

Das versicherte Kind unter 18 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.

2.22.5.2 Art und Umfang der Leistung

Wir erstatten Ihnen die nachgewiesenen Übernachtungskosten für den Erziehungsberechtigten im Krankenhaus.

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

2.22.6 Schulausfallgeld/Nachhilfeunterricht

2.22.6.1 Voraussetzung für die Leistung

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

2.22.6.2 Art und Umfang der Leistung

Wir organisieren einen Lehrer für Privatunterricht für die Zeit, in der das versicherte Kind nicht am normalen Unterricht teilnehmen kann. Die dabei entstehenden Kosten erstatten wir für bis zu 6 Monate nach dem Unfall.

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

2.22.7 Führen von Fahrzeugen ohne Fahrerlaubnis

Abweichend von Ziffer 5.1.2 besteht Versicherungsschutz für Kinder bis zum 18. Geburtstag, die ein Land- oder Wasserfahrzeug lenken oder fahren, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein.

2.22.8 Umgang mit selbstgebaute Feuerwerkskörpern

Abweichend von Ziffer 5.1.2 besteht Versicherungsschutz für Kinder bis zum 18. Geburtstag, wenn ein Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

2.22.9 Logopädische/psychische Therapie nach unfallbedingter Aphasie bei Kindern

2.22.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind erleidet einen unfallbedingten Sprachverlust (Aphasie).

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

2.22.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für notwendige logopädische und psychotherapeutische Therapiemaßnahmen bis maximal 1.500 EUR je Unfallereignis.

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

2.23 Haushaltshilfegeld

2.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht in der Lage, der Versorgung/Beaufsichtigung der mit ihr im Haushalt lebenden Kinder nachzukommen.

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

2.23.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe und/oder eine Tagesmutter zur Betreuung der Kinder für den Zeitraum von bis zu 6 Monaten ab dem Unfalltag. Die Leistung umfasst auch die erforderliche Begleitung z. B. zum Sportverein, Kindergarten oder zur Schule. Anfallende Vermittlungskosten werden von uns nicht erstattet.

Das Haushaltshilfegeld wird ausschließlich in Deutschland durch von uns beauftragte Dienstleister erbracht.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z. B. Krankenkasse) kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden.

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

2.24 Haustierbetreuung

2.24.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist aufgrund eines Unfalls außerstande das eigene Haustier zu versorgen und weitere im Haushalt der versicherten Person lebende Mitbewohner können die Versorgung des Haustiers ebenfalls nicht sicherstellen.

2.24.2 Art und Höhe der Leistung

Wir vermitteln die Unterbringung oder Versorgung des Haustiers. Die daraus entstehenden Kosten übernehmen wir mit bis zu 50 EUR pro Tag, insgesamt bis höchstens 1.500 EUR.

Bei Unfällen im Ausland übernehmen wir zusätzlich die Kosten für den Heimtransport, sofern das Haustier vor Ort nicht mehr betreut werden kann.

Ausgeschlossen sind Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist (z. B. Reptilien).

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

2.25 Erweiterte Therapien

2.25.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet eine schwere Unfallverletzung, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führt.

2.25.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für ärztlich empfohlene Therapien und Behandlungskosten,

- welche von der Krankenkasse nicht oder nur anteilig übernommen werden,
- bis zu einem Gesamtbetrag von 7.500 EUR,
- für die Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag.

Für jede Therapie oder Behandlungsmethode sind 10 % der Kosten von der versicherten Person selbst zu tragen (Selbstbeteiligung).

Zum Leistungsumfang der Erweiterten Therapien gehören folgende Therapien und Behandlungsmethoden:

- Erweiterte Physiotherapie und Krankengymnastik (einschl. Massagen und Fango),
- Logopädie,
- Akupunktur,
- Chirotherapie,
- Osteopathie,
- Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT),
- Ergotherapie,
- Traditionelle chinesische Medizin (TCM),
- Schmerztherapie,
- Lymphdrainage,
- Weitere hier nicht genannte Therapien und Behandlungsmethoden, die von der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse zumindest anteilig übernommen werden.

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

2.26 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen oder Bänderrissen (Gipsgeld)

2.26.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat durch einen Unfall einen vollständigen Knochenbruch oder kompletten Bänderriss erlitten und sich in medizinisch notwendiger vollstationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Haarrisse, Fissuren, knöcherne Ausrisse (Abrissfrakturen) und Knochenabsplitterungen.

2.26.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen bei ambulant behandelten Knochenbrüchen oder Bänderrissen ein Schmerzensgeld in Höhe von 100 EUR.

Bei Knochenbrüchen oder Bänderrissen, die eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zur Folge hatten, zahlen wir das Schmerzensgeld abhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthalts.

Dauer des Krankenhausaufenthalts	Schmerzensgeld
Bis zu 4 Tage	250 EUR
5 bis 13 Tage	500 EUR
Ab 14 Tage	1.000 EUR

2.27 Aktiv-Hilfe

2.27.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat durch einen Unfall einen vollständigen Knochenbruch oder kompletten Bänderriss erlitten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Haarrisse, Fissuren, knöcherne Ausrisse (Abrissfrakturen) und Knochenabsplitterungen.

2.27.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für ärztlich angeratenen Fitnesskurse, die

- den Heilungsverlauf unterstützen und
- nicht oder nur anteilig von der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Zum Leistungsumfang gehören:

- Aerobic
- Aqua Fitness
- Floatfit
- Pilates
- Rückenfit
- Spinning
- Yoga
- Zumba
- Weitere, hier nicht genannte Fitnesskurse, die von der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse zumindest anteilig übernommen werden.

Wir übernehmen die Kosten für Fitnesskurse innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bis zu 1.000 EUR.

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

2.28 Leistung bei unfallbedingter Fehl- oder Totgeburt

2.28.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat durch einen Unfall eine Fehl- oder Totgeburt erlitten. Die Fehl- oder Totgeburt muss nach der 12. Schwangerschaftswoche eingetreten sein. Die Schwangerschaft ist durch den Mutterpass nachzuweisen.

2.28.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Behandlung zur Trauerbewältigung.

Zusätzlich übernehmen wir die Kosten einer Bestattung bis 2.000 EUR, sofern das verstorbene Kind bei der Geburt ein Gewicht von 500 Gramm oder mehr hatte.

Die Leistungen der Geburtshilfe nach Ziffer 2.29 können von der Mutter des verstorbenen Kindes ebenfalls in Anspruch genommen werden, sofern die Fehl- oder Totgeburt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat.

2.29 Geburtshilfe

2.29.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person oder das neugeborene Kind leidet infolge der Geburt unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

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

2.29.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für einen Rückbildungskurs oder osteopathische Behandlungen der versicherten Person oder des neugeborenen Kindes innerhalb eines Jahres nach der Geburt bis zu einer Höhe von 1.000 EUR.

2.30 Heilbehandlungen im Ausland

2.30.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen.

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

2.30.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einschließlich der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztlicher Behandlung.

Die Kosten übernehmen wir auch über den geplanten Rückreisetermin hinaus, solange die Rückkehr aufgrund der Unfallverletzungen nicht möglich ist.

Sofern für die Behandlung der Unfallfolgen Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort notwendig aber vor Ort nicht erhältlich sind, organisieren wir die Zusendung und übernehmen die Versandkosten sowie die Zolkkosten bei Abholung.

2.31 Ersatz von Darlehensbeträgen für Eigentümer von Privatimmobilien

2.31.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Unfalltag gerechnet ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt. Die Beeinträchtigung wird voraussichtlich länger als ein Jahr bestehen und eine Änderung des Zustandes innerhalb dieser Zeit ist nicht zu erwarten.

Diese Beeinträchtigung durch Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

Die versicherte Person ist zudem Eigentümer einer finanzierten und eigengenutzten Privatimmobilie. Als Privatimmobilien gelten Einfamilienhäuser, Zweifamilienhäuser und Eigentumswohnungen. Dies ist mittels eines Grundbuchauszuges nachzuweisen.

2.31.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen die durch Bankbestätigung nachgewiesenen, laufend zu zahlenden Darlehensraten der versicherten Person für die finanzierte, eigengenutzte Privatimmobilie, sofern das Darlehen durch eine auf dem Versicherungsgrundstück lastende Hypothek oder Grundschuld gesichert ist.

Ist die versicherte Person Teileigentümer, wird der Darlehensbetrag anteilig erstattet.

Die Zahlung erfolgt frühestens ab dem 43. Tag nach dem Unfall und endet mit dem Tag, an dem die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit weniger als 50 % beeinträchtigt ist, spätestens jedoch nach 18 Monaten nach dem Unfall.

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

2.32 Elternunterstützungsgeld

2.32.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind hat

- einen folgeschweren Unfall erlitten oder
- sich unfallbedingt einer schweren Operation unterziehen müssen und
- ist auf intensive Betreuung eines Elternteils angewiesen.

2.32.1.1 Folgeschwere Unfälle

Das versicherte Kind ist einen Monat nach dem Unfall

- in seiner normalen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit oder
- bei den Verrichtungen oder Tätigkeiten des täglichen Lebens

noch zu mindestens 50 % beeinträchtigt und dieser Zustand wird voraussichtlich ununterbrochen für die nächsten zwei Monate andauern. In diesem Zeitraum sind regelmäßige ärztliche Behandlungen erforderlich.

Der Nachweis hierfür ist durch ein fachärztliches Attest zu erbringen.

2.32.1.2 Schwere Operationen

Das versicherte Kind unterzieht sich unfallbedingt

- einer Operation am offenen Herzen unter Eröffnung des Brustkorbs.
- einer Operation an den Lungen unter Eröffnung des Brustkorbs.
- einer Operation am Gehirn mit Öffnung des Schädels.
- einer Organtransplantation der Bauchspeicheldrüse, des Herzens, des Knochenmarks, der Leber, der Lunge oder der Niere.

2.32.2 Art und Höhe der Leistung

Sobald die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen, zahlen wir das Elternunterstützungsgeld

- monatlich in Höhe von 1.000 EUR,
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- zunächst für 6 Monate.

Sofern das versicherte Kind 6 Monate nach dem Unfallereignis weiterhin in seiner normalen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit oder bei den Verrichtungen oder Tätigkeiten des täglichen Lebens noch zu mindestens 50 % beeinträchtigt und dieser Zustand voraussichtlich weitere zwei Monate ununterbrochen bestehen bleibt, verlängert sich die Zahlung um weitere 6 Monate. Der Nachweis hierfür ist durch ein fachärztliches Attest zu erbringen.

Wir zahlen das Elternunterstützungsgeld längstens für 12 Monate.

Das Elternunterstützungsgeld wird nur einmal je Unfallereignis gezahlt. Weitere schwere Operationen aufgrund desselben Unfalls führen zu keinem erneuten Leistungsanspruch.

2.33 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.

2.33.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet

- durch einen Unfall
- eine in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführte Verletzung.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden.

Die Leistung muss innerhalb von 3 Monaten nach der ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden. Der Anspruch auf die Leistung erlischt, sofern der Tod der versicherten Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eingetreten ist.

2.33.2 Art und Höhe der Leistung

2.33.2.1 Entschädigungsleistung

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der eingetretenen Verletzung und dem in der Schmerzensgeldtabelle dafür festgesetzten Betrag.

Die in der Schmerzensgeldtabelle angegebenen Beträge entsprechen dem 1-fachen Schmerzensgeld Plus.

Haben Sie mit uns ein Schmerzensgeld-Plus mit 2-facher, 3-facher oder 4-facher Entschädigungsleistung vereinbart, erhöhen sich die Entschädigungsbeträge um diesen Wert.

2.33.2.2 Mehrfache Verletzungen

Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die der höchste Betrag festgesetzt ist. Mehrere Verletzungen an einem Körperteil (Gliedmaße) gelten als eine Verletzung.

2.33.2.3 Knochenbrüche

Ein vollständiger Knochenbruch liegt vor, wenn die äußere Schicht des Knochens (Kortikalis = Knochenrinde) komplett durchgebrochen ist.

Unvollständige Knochenbrüche sind z. B. Grünholzfrakturen, Fissuren, Haarrisse, Infraktionen, Knochenabscherungen und -absprengungen und knöcherne Ausrisse (Abrissfrakturen).

Bei erneuten Knochenbrüchen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Zerreißung mindestens ein Jahr vergangen ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Brüche, Spaltungen, Absplitterungen und Risse von Zähnen oder Zahnersatz.

2.33.2.4 Zerreißen von Bändern- und Sehnen

Zerreißen von Bändern und Sehnen sind Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen vollständiger knöcherner Bandausrisse. Kein Versicherungsschutz besteht bei Teilrupturen, Meniskusrissen, Muskel- und Muskelfaserrissen.

Beim erneuten Zerreißen von Bändern und Sehnen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Zerreißen mindestens ein Jahr vergangen ist.

2.33.2.5 Schmerzensgeldtabelle

Kopfverletzungen	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Bruch des Schädeldaches ohne Hirnbeteiligung	500 EUR	1.000 EUR
Bruch	500 EUR	1.000 EUR
- der Kiefer- oder Stirnhöhle		
- des Kieferknochens		
- des Jochbeins		
Schädelhirntrauma 2. Grades	1.500 EUR	
Schädelhirntrauma 3. Grades	6.000 EUR	
Augenverletzungen		
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	800 EUR	
Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges	6.000 EUR	
Obere Gliedmaßen (ohne Hände)	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Bruch des	1.000 EUR	2.000 EUR
- Oberarmkopfs oder -schafts,		
- großen oder kleinen Oberarmhöckers		
Bruch der Elle oder Speiche	500 EUR	1.000 EUR
Amputation ab Handgelenk	6.000 EUR	
- Schulterergelenksprennung Tossy II und III	500 EUR	
- Zerreißen der Bizepssehne		
Hände	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Bruch des Handgelenks (distale Radiusfraktur)	1.000 EUR	2.000 EUR
Mittelhandbruch	250 EUR	500 EUR
Bruch des	250 EUR	500 EUR
- Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Erbsenbeins		
- großen oder kleinen Vieleckbeins		
- Kopf- oder Hakenbeins		
Bruch des Daumens	400 EUR	800 EUR
Zeigefingerbruch	250 EUR	500 EUR
Bruch der übrigen Finger	150 EUR	300 EUR
Vollständige Zerreißen von Streck- oder Beugesehen	250 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Grundgelenk	1.500 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Endgelenk	800 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Grundgelenk	1.000 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Mittelgelenk	750 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Endgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Grundgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Mittelgelenk	300 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Endgelenk	200 EUR	

Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein)	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Bruch eines Wirbelkörpers	500 EUR	1.000 EUR
Bruch von mindestens zwei Wirbelkörpern	1.500 EUR	3.000 EUR
Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittslähmung	3.000 EUR	
Rückenmarksverletzung mit kompletter Querschnittslähmung	6.000 EUR	
Becken (ohne Kreuz- und Steißbein)	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Typ 1: stabiler Bruch des Beckenrings z. B. isolierter, einseitiger, aber auch beidseitiger nicht dislozierter Bruch des vorderen Beckenrings	1.300 EUR	2.600 EUR
Typ 2 und 3: instabiler Bruch des Beckenrings z. B. verschobener doppelseitiger Bruch des vorderen oder hinteren Beckenrings mit und ohne Symphysensprengung oder einseitiger vorderer Bruch des Beckenrings mit Symphysensprengung oder ISF-Sprengung etc.	2.000 EUR	4.000 EUR
Untere Gliedmaßen (ohne Füße)	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Oberschenkelbruch - Oberschenkelhalsbruch und Oberschenkelschaftbruch - Bruch großer Rollhügel	1.500 EUR	3.000 EUR
Unterschenkelbruch - Wadenbeinbruch - Schienbeinbruch	1.300 EUR	2.600 EUR
Kniescheibenbruch	500 EUR	1.000 EUR
Amputationen ab Fußgelenk	6.000 EUR	
Zerreißen - des vorderen/hinteren Kreuzbands - des Innen-/Außenbands - der Achilles-/Patellarsehne	800 EUR	
Füße	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Sprunggelenksbruch - Weber B und C	1.500 EUR	3.000 EUR
- Weber A, Maisonneuve-Bruch, Pilonbruch	1.300 EUR	2.600 EUR
Mittelfußbruch, Fußwurzelbruch (Sprung-, Fersen-, Kahn-, Keil- und Würfelbein)	400 EUR	800 EUR
Großzehenbruch	250 EUR	500 EUR
Bruch der übrigen Zehen	150 EUR	300 EUR
Amputation des großen Zehs	500 EUR	
Amputation einer der übrigen Zehen	250 EUR	
Zerreißen des Innen- oder Außenbands (Syndesmosenruptur)	250 EUR	
Weitere Knochenbrüche	Ein- oder mehrfache Brüche	Offene Brüche
Vollständige Brüche, die nicht in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführt sind	250 EUR	500 EUR
Unvollständige Brüche gem. Ziffer 2.34.2.3	150 EUR	
Vollständige Zerreißen von Bändern- und Sehnen, die nicht explizit in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführt sind. Ausgeschlossen bleiben Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse.	150 EUR	
Verbrennungen		
Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 10 % der Körperoberfläche	3.000 EUR	
Verbrennungen ab 2. Grad von mindestens 20 % der Körperoberfläche	2.600 EUR	
Verbrennungen ab 3. Grad von mindestens 50 % der Körperoberfläche	6.000 EUR	
Innere Verletzungen		
Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	500 EUR	
Verlust der Milz	1.500 EUR	
Verlust einer Niere	3.000 EUR	
Verlust beider Nieren	6.000 EUR	
Sonstige Unfallfolgen		
Vollständiger Verlust der Stimme	6.000 EUR	
Vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	6.000 EUR	

2.33.2.6 Weitere Unfallversicherungen

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der HanseMerkur, ist die Höchstleistung für die jeweilige Gesundheits-schädigung aus allen Verträgen zusammen auf die 4-fache Leistung begrenzt.

2.34 Leistungsgarantien

2.34.1 Besserstellungsgarantie

Die Besserstellungsgarantie wird auf Ihren Antrag hin bei der Regulierung im Schadensfall angewendet, sofern sich für die versicherte Person aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers Verbesserungen zu den Leistungen der Unfallversicherung *Best* ergeben.

2.34.1.1 Voraussetzungen

Für die versicherte Person bestand zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine private Unfallversicherung

- bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen,
- für mindestens 1 Jahr,
- zwischen Ablauf des Vorvertrags und Beginn dieses Vertrags lagen maximal 3 Monate.

2.34.1.2 Umfang

Wir regulieren auf ihren Antrag hin im Leistungsfall nach den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags, sofern sich hierdurch Verbesserungen für die versicherte Person ergeben.

2.34.1.3 Einschränkungen

Die Besserstellungsgarantie gilt ausschließlich für

- Erweiterungen des Unfallbegriffs nach Ziffer 1.4, welche im Vorvertrag nicht versichert waren.
- Einschlüsse, bzw. Ausnahmen nach Ziffer 5, für die beim Vorvertrag kein Versicherungsschutz bestand.
- beitragsfreie Leistungen der Ziffern 2.9 bis 2.32, welche im Vorvertrag nicht oder im geringeren Umfang versichert waren.

Die Maximalentschädigung im Rahmen der Besserstellungsgarantie entspricht der Höchstsumme der jeweiligen beitragspflichtigen Leistungsart, die für die versicherte Person bei uns vereinbart ist.

Beitragspflichtige Leistungen sind z. B. Invaliditätsleistung, Unfall-Rente, Todesfall-Leistung, Unfall-Krankenhaustagegeld.

Beitragsfreie Leistungen werden bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 EUR berücksichtigt, sofern diese

- in der Unfallversicherung *Best* ebenfalls beitragsfrei mitversichert sind und
- eine geringere Versicherungssumme vorsehen.

2.34.1.4 Ausgeschlossene Leistungen

Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für

- beitragsfreie Leistungsarten, die in diesem Vertrag nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können.
- ausgeschlossene Unfälle und Gesundheitsschäden nach Ziffer 5.
- abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen für die Invaliditätsleistung und Unfall-Rente.
- individuell vereinbarte Risikoausschlüsse (z. B. durch Vorerkrankungen).
- Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z. B. Beitrags- oder Sparanteile der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr, Dread-Disease-Versicherung, Pflegetagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung).

2.34.1.5 Nachweispflicht

Die weitergehenden Leistungen des Vorversicherers sind uns von Ihnen anhand

- der für den Vorvertrag geltenden Versicherungsbedingungen und
- des Versicherungsscheins

nachzuweisen.

2.34.2 Bedingungs-Update-Garantie

Werden der Unfallversicherung *Best* zukünftig Unfall-Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt, die ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen abweichen, so gelten die verbesserten Inhalte der neuen Bedingungen auch für diesen Vertrag.

Voraussetzung für die Bedingungsverbesserung ist, dass die verbesserten Bedingungen ohne Mehrbeitrag bei künftigen Versicherungsverträgen der Unfallversicherung *Best* mitversichert sind. Die Verbesserung wird mit Einführung neuer Bedingungen auch für diesen Vertrag sofort wirksam.

2.34.3 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.

2.34.4 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen erfüllen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

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 Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

3.2.2 Verzicht auf die Anrechnung

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 75 % nehmen wir keine Minderung vor.

Haben Gebrechen an der unfallbedingten Gesundheitsschädigung mitgewirkt, werden diese nicht auf den Mitwirkungsanteil angerechnet.

4 Tarifbestimmungen - Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit

Der Beitrag errechnet sich nach den vereinbarten Versicherungssummen und risikorelevanten Merkmalen der versicherten Person (z. B. Alter oder Beruf). Bei der Tarifikalkulation wenden wir die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an. Unser Ziel ist es, faire und risikogerechte Beiträge anzubieten. Damit stellen wir sicher, dass wir dauerhaft mit den eingenommenen Beiträgen alle künftig anfallenden Schäden bezahlen können.

Ihrem Antrag, Versicherungsschein oder ihrem Nachtrag zum Versicherungsschein können Sie entnehmen, nach welchen Merkmalen wir Ihren Versicherungsbeitrag berechnet haben. Weitere Einflussfaktoren für den Beitrag können z. B. die Zahlungsart und Zahlungsweise sein.

4.1 Kinderumstellung

4.1.1 Zeitpunkt der Anpassung

Kinder werden bis zum 17. Geburtstag grundsätzlich ohne Beruf geführt. Ab dem 17. Geburtstag hängt die Höhe des Beitrags maßgeblich von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des versicherten Kindes ab.

Zur Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss gültigen Erwachsenentarif um.

4.1.2 Mitteilung der Berufstätigkeit

Sie erhalten von uns rechtzeitig vor dem 17. Geburtstag des versicherten Kindes eine Information mit der Bitte, den Versicherungsschutz zu überprüfen und uns die Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Kindes mitzuteilen.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln und Auswirkungen auf den Versicherungsschutz bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach Ziffer 4.4.

4.2 Altersanpassungen im Erwachsenentarif

4.2.1 Zeitpunkt der Anpassung

Der bei Vertragsbeginn ermittelte Beitrag wird während der Vertragslaufzeit in einigen Altersgruppen für die versicherten Personen angepasst.

Die Altersanpassung erfolgt jeweils zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 52., 53., 54. 55., 56., 57., 58. und 70. Geburtstag der versicherten Person.

4.2.2 Altersanpassungen zwischen dem 52. und 58. Geburtstag der versicherten Person

Die Höhe der Altersanpassung richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person.

Übt die versicherte Person eine Berufstätigkeit oder Beschäftigung der Gefahrengruppe

- 1 oder 2 aus, erhöht sich der Beitrag jährlich um 10 %.
- 3 aus, erhöht sich der Beitrag jährlich um 6 %.
- 4 oder 5 aus, erhöht sich der Beitrag jährlich um 5 %.

4.2.3 Altersanpassung zum 70. Geburtstag der versicherten Person

Zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 70. Geburtstag passen wir den Beitrag und die Leistung der versicherten Person an.

4.2.3.1 Entfall oder Änderung bestimmter Leistungsarten

4.2.3.1.1 Unfall-Tagegeld und Sofortleistung

Folgende Leistungen entfallen zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 70. Geburtstag der versicherten Person:

- Unfall-Tagegeld (Ziffer 2.8)
- Sofortleistung (Ziffer 2.14)

4.2.3.1.2 Progression Plus

Haben Sie mit uns eine Progression Plus vereinbart, stellen wir diese zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 70. Geburtstag der versicherten Person auf das Progressionsmodell ohne Plus-Leistungen um.

Beispiel:

Sie haben eine 350 % Progression Plus vereinbart. Zum 70. Geburtstag der versicherten Person stellen wir diese auf das Modell mit demselben Maximalwert ohne Plus-Leistungen um. Es gilt dann die 350 % Progression.

4.2.3.1.3 Gliedertaxe Plus

Haben Sie mit uns eine Gliedertaxe Plus vereinbart, stellen wir diese zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 70. Geburtstag der versicherten Person auf die Gliedertaxe Best um.

4.2.3.1.4 Schmerzensgeld Plus

Das Schmerzensgeld Plus entfällt zur ersten Hauptfälligkeit nach dem 70. Geburtstag der versicherten Person.

4.3 Reduzierung der Versicherungssummen

Bei einer Altersanpassung nach Ziffer 4.1 und 4.2 bleiben die bisherigen Versicherungssummen der versicherten Person erhalten und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

Auf Ihren Wunsch hin können Sie auch den bisherigen Beitrag weiterzahlen und wir reduzieren die Versicherungssummen der versicherten Person entsprechend.

Sofern Sie eine Reduzierung der Versicherungssummen wünschen, müssen Sie uns dies bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mitteilen. Erhalten wir von Ihnen keine Information, führen wir die Versicherung mit erhöhtem Beitrag weiter.

4.4 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.

4.4.1 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) müssen Sie uns abweichend dazu nicht mitteilen.

4.4.2 Auswirkung der Änderung

Errechnet sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibenden Versicherungssummen ein höherer Beitrag nach dem vereinbarten Tarif, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnet sich dagegen ein niedrigerer Beitrag, gilt dieser sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit erhöhten oder reduzierten Versicherungssummen bei gleichem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

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

4.4.3 Vertragsende bei Berufs- oder Leistungssportlern

Wenn eine versicherte Person während der Vertragslaufzeit

- ihren Lebensunterhalt überwiegend (d. h. zu mehr als 50 %) durch die Ausübung des Sports verdient oder
- den Sport in einer Profiligen oder als Vertragsamateur ausübt,

endet der Vertrag bei Eintreten der Voraussetzung mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

4.4.4 Versehensklausel

Unterbleibt die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit versehentlich, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt.

Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

Die Versehensklausel gilt nicht für Berufs- oder Leistungssportler nach Ziffer 4.4.3.

4.5 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) wiederherzustellen. 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.

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 oder
- der Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

5.1.1.2 Ausnahme

Mitversichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Herzinfarkt oder Schlaganfall,
- Herz-Kreislauf-Störungen, die witterungsbedingt aufgetreten sind,
- Alkoholkonsum ohne Promillegrenze (auch beim Führen von Kraftfahrzeugen),
- Einnahme von Medikamenten (ausgenommen ist der Medikamentenmissbrauch),
- epileptischer Anfälle oder anderen Krampfanfällen,
- Erschrecken,
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit, Sekundenschlaf),
- Einschlafen,
- Schlafwandeln,
- ungewollter Einnahme von K.O.-Tropfen, sofern dies von der versicherten Person polizeilich angezeigt wurde,
- Zuckerschok infolge einer Über- oder Unterzuckerung (Hypoglykämie/Hyperglykämie) als Folge einer Diabeteserkrankung,

- sonstiger, bisher nicht genannter Bewusstseinsstörungen.

Ebenfalls besteht Versicherungsschutz für Bewusstseinsstörungen, die durch einen Unfall verursacht wurden, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Bewusstseinsstörungen durch Drogenkonsum oder sonstige Mittel, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

5.1.2 Straftaten

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

5.1.3 Kriego- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, 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, Kite-Skiing und Buggy-Kiten.

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).

- gelegentlichen Fahrten mit Leihkarts auf Kartbahnen, sofern diese
 - Freizeitcharakter aufweisen,
 - nicht von Verbänden oder Vereinen organisiert werden,
 - nicht dem Motorsport/Kartsport zuzurechnen sind.

5.1.6 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.1.7 Sportunfälle

Unfälle, welche die versicherte Person als Berufs- oder Leistungssportler erleidet.

Berufs- und Leistungssportler sind Personen, die

- ihren Lebensunterhalt überwiegend (d. h. zu mehr als 50 %) durch die Ausübung des Sports verdienen oder
- den Sport in einer Profiligen oder als Vertragsamateur ausüben.

Es besteht ebenfalls kein Versicherungsschutz bei Unfällen, welche die versicherte Person während der Sportausübung im Rahmen der Sportförderung von Bundeswehr, Polizei und ähnlichen Einrichtungen erleidet.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen

Ausnahme:

- Bandscheibenschäden sind mitversichert, wenn ein Unfall diese überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht hat.
- Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind mitversichert, sofern diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Ausnahme:

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

Diese Ausnahme gilt nicht für

- Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlentherapeutischen Apparaten eintreten.
- Berufskrankheiten.
- allmählich erlittene Gesundheitsschäden durch Einwirkungen, denen die versicherte Person länger als 7 Tage ausgesetzt war.
- 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 (auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen) 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.

- Rasieren, Maniküre, Pediküre, das Schneiden oder Feilen von Nägeln, Haaren, Hühneraugen oder Hornhaut gehört nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

5.2.4 Infektionen

Es gelten folgende Ausnahmen:

5.2.4.1 Infektionskrankheiten

Als Unfall gilt die erstmalige ärztliche Feststellung folgender Infektionskrankheiten:

- 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, Echinokokkose, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Gürtelrose, Hasenpest (Tularämie), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Schweinegrippe, spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis), Tollwut, Tuberkulose, Typhus, Vogelgrippe, Windpocken, Wundstarrkrampf.

5.2.4.2 Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden aufgrund von Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Infektionskrankheiten, die während einer Pandemie eintreten. Als Pandemie im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt, wenn die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgrund eines Ausbruchs einer Infektionskrankheit die Warnstufe 6 (Pandemie) ausruft.

5.2.4.3 Wundinfektionen und Blutvergiftungen

Als Folge eines Unfalls sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

5.2.4.4 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.

5.2.4.5 Geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

Es besteht Versicherungsschutz für sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen nach dem Unfall angezeigt haben.

5.2.4.6 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.

5.2.4.7 Allergische Reaktionen

Als Unfall gelten auch allergische Reaktionen

- auf Insektenstiche oder -bisse oder
- 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.

5.2.4.8 Erweiterte Infektionsklausel für Heilberufe

5.2.4.8.1 Personenkreis

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

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

5.2.4.8.2 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.

5.2.4.8.3 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.

5.2.4.9 Erweiterte Infektionsklausel für Chemiker und Desinfektoren

Für Chemiker und Desinfektoren gilt folgende erweiterte Infektionsklausel:

5.2.4.9.1 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. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- Plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

5.2.4.9.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die

- Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien sind,
- allmählich zustande kommen und
- Berufskrankheiten sind.

5.2.4.9.3 Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfall-Rente

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.

5.2.4.10 Erweiterte Infektionsklausel für Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr

Für Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr gilt folgende erweiterte Infektionsklausel:

5.2.4.10.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer Tätigkeit bei der Freiwilligen Feuerwehr infiziert.

5.2.4.10.2 Erweiterte Fristen für die Invaliditätsleistung und Unfall-Rente

Abweichend von den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 muss die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall

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

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.

Wir verzichten ebenfalls auf den Ausschluss der psychischen Reaktionen bei den Leistungen

- Psychologische Soforthilfe (Ziffer 2.19) und
- Logopädische/psychische Therapie nach unfallbedingter Aphasie bei Kindern (Ziffer 2.22.9).

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.

Wird der Verdienstausschlag bei Selbstständigen oder Freiberuflern nicht konkret nachgewiesen, zahlen wir pauschal 2 ‰ der Versicherungsgrundsumme für die Invaliditätsleistung, maximal jedoch 1.000 EUR.

6.4 Auskunftspflicht

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, welche 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 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 2 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.

Bei nicht vereinbarter Todesfall-Leistung zahlen wir Ihnen einen angemessenen Vorschuss bis maximal 200.000 EUR.

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 längstens bis zu 5 Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu 2 Jahre nach dem Unfall zu.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine 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 dieses Vertrags (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

Sie können den Vertrag täglich kündigen. Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung mit Ablauf des Tages wirksam, an dem uns die Kündigung zugegangen ist. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs.

9.2.2.2 Kündigung durch uns

Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Ablauftermin oder zum Ende jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs 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 Rückwirkende Kündigung bei Pflegebedürftigkeit

Wird bei einer versicherten Person ein Pflegegrad ärztlich festgestellt, haben Sie das Recht den Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung zu kündigen. Wir erstatten in diesem Fall alle gezahlten Beiträge, welche auf die versicherte Person entfallen ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Pflegegrads.

Leistungen, welche die versicherte Person seit Feststellung des Pflegegrads von uns erhalten hat, sind im Fall einer rückwirkenden Kündigung an uns zurückzuzahlen.

Das Recht der rückwirkenden Kündigung steht Ihnen drei Jahre ab Feststellung des Pflegegrads zu.

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 12 Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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.
- 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 2 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. Außerdem dürfen wir verlangen, dass Sie Ihren Beitrag jährlich im Voraus zahlen.

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

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:

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

- für längstens 36 Monate oder
- sofern der Vertrag vorher endet bis zum vereinbarten Ablauf des Versicherungsvertrags.

Das Ende der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

Die Beitragsbefreiung wird über die gesamte Vertragslaufzeit - auch bei wiederholter Arbeitslosigkeit - höchstens für insgesamt 36 Monate gewährt.

10.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie

- durch einen Unfall oder eine Krankheit,
- über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Wochen,
- zu 100 % arbeitsunfähig werden und
- die Arbeitsunfähigkeit frühestens 3 Monate nach Versicherungsbeginn eintritt (Wartezeit),

gilt Folgendes:

Wir befreien Sie auf Ihren Antrag hin von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung). Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit gerechnet. Sie endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens jedoch 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Die Arbeitsunfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Während der Beitragsbefreiung gelten die Versicherungssummen, die zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit versichert waren. Die Beitragsbefreiung wird über die gesamte Vertragslaufzeit – auch bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit – höchstens für insgesamt 12 Monate gewährt.

Bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit entfällt die Wartezeit.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

10.8 Beitragsbefreiung bei Tod oder Invalidität des Versicherungsnehmers

Wenn Sie während der Versicherungsdauer infolge eines Unfalls

- sterben oder einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % erleiden und
- minderjährige Kinder in diesem Vertrag mitversichert sind,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung für jedes mitversicherte Kind bis zu dessen 21. Geburtstag beitragsfrei weiter. Es gelten während der Beitragsbefreiung die Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrads versichert waren.

Sofern neben den Kindern auch Ihr Ehepartner oder Lebensgefährte in diesem Vertrag mitversichert ist, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen. Die Beitragsbefreiung endet für den Ehepartner oder Lebensgefährten gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

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 zugefallen 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 der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 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.

17 Sanktionsklausel

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

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union (z.B. Blocking Regulation, Verordnung (EG) Nr. 2271/96) oder der Bundesrepublik Deutschland (z.B. § 7 Außenwirtschaftsverordnung (AWV)) entgegenstehen.

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

Postfach
20352 Hamburg
Telefon 040 4119-7000
Telefax 040 4119-3257
info@hansemerkur.de
www.hansemerkur.de