PROVINZIAL

Kundeninformation
Unfallversicherung
Stand 11.2025

Diese Kundeninformation gibt Ihnen einen Überblick über die Vertragsbestimmungen.
- Teil A. enthält die Allgemeinen Vertragsinformationen.
- Teil B. enthält die Vertragsgrundlagen für den von Ihnen beantragten Versicherungsschutz. Details dazu finden Sie in Ihrem Antrag und in Ihrem Versicherungsschein.

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Vertragsinformationen

1. Versicherer
2. Beitragszahlung
3. Abschluss und Beginn von Versicherungsverträgen
4. Widerrufsrecht
5. Laufzeit und ordentliche Kündigung des Vertrags
6. Recht und Gerichtsstand
7. Sprache
8. Beschwerden und Streitigkeiten
9. Hinweise zum Datenschutz

B. Vertragsgrundlagen

- Tarifbestimmungen – Stand 11.2025
- Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 % – Stand 02.2002
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 400 % – Stand 05.2009
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 600 % – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1.000 % – Stand 05.2019
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel Plus – Stand 05.2019
- Besondere Bedingungen Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe – Stand 01.2008
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung Plus – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Beitragsfreie Familien-Vorsorgeversicherung – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Mehrpersonennachlass – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Junge Leute – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Berechtigte des Tarifs „Öffentlicher Dienst“ – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung nach dem Finanzdienstleistungstarif (FDT) – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherungsverträge auf Grund des Rahmenabkommens mit dem Westfälisch-Lippischen Landwirtschaftsverband e. V. (WLV) – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Unfallversicherungsverträge auf Grund des Rahmenabkommens mit dem Verband Wohneigentum NRW (VWNRW) oder dem IFE Interessenverband Familie und Eigentum e. V. (IFE) – Stand 11.2025
- Besondere Bedingungen Berechtigte des Tarifs „Unternehmer“ – Stand 11.2025
- Maklerklausel – Stand 05.2019
- Zusatzbedingungen Gruppen-Unfallversicherung – Stand 11.2025
- Versicherungsumfang Bauhelfer – Stand 05.2019
- Versicherungsumfang Personen im Gefahrenbereich des Schießstandes – Stand 05.2019

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit beziehen sich die verwendeten Personenbezeichnungen gleichermaßen auf alle Geschlechteridentitäten.

Provinzial Versicherung AG
Sitz Düsseldorf
Amtsgericht Düsseldorf HRB 41241
USt.-ID-Nr. DE 217681054
Vers.-St.-Nr. 810 V 908 1000 8112

Postanschrift: 48131 Münster
Hausanschrift: Provinzial-Allee 1, 48159 Münster
www.provinzial.de

Finanzgruppe

2.02.014.1.0003.0 11.2025

37-25_12.09.25

A. Allgemeine Vertragsinformationen

1. Versicherer

Für Kunden der Provinzial Versicherung AG gilt:
Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
Ladungsfähige Anschrift: Provinzialplatz 1, 40591 Düsseldorf
Kontaktdaten der Ihren Vertrag verwaltenden Stelle:
Postanschrift: 48131 Münster
Hausanschrift: Provinzial-Allee 1, 48159 Münster
Tel. +49 251 219-0
service@provinzial.de
www.provinzial.de

Sitz der Gesellschaft: Düsseldorf
Eingetragen beim Amtsgericht Düsseldorf unter der Nummer HRB 41241
Steuernummer 106 5770 1127

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG gilt:
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Postanschrift: 24097 Kiel
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
Tel. +49 431 603-0
service@provinzial.de
www.provinzial.de

Sitz der Gesellschaft: Kiel
Eingetragen beim Amtsgericht Kiel unter der Nummer HRB 5704
Steuernummer 5337 5914 0146

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG gilt:
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-Aktiengesellschaft
Postanschrift: Postfach 102740, 20019 Hamburg
Hausanschrift: Kleiner Burstah 6–10, 20457 Hamburg
Tel. +49 40 30904-0
service@hamburger-feuerkasse.de
www.hamburger-feuerkasse.de

Sitz der Gesellschaft: Hamburg
Eingetragen beim Amtsgericht Hamburg 66 unter der Nummer HRB 56097
Steuernummer 5337 5914 0146

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb aller Arten von Schaden- und Unfallversicherungen sowie die Versicherung von Beistandsleistungen. Außerdem der Betrieb der Mit- und Rückversicherung; daneben die Vermittlung von Versicherungsverträgen auch in Zweigen, die wir nicht selbst betreiben. Schließlich die Vermittlung von sonstigen Finanzdienstleistungen im nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zulässigen Rahmen.

2. Beitragszahlung

Versicherungsbeiträge werden in der Regel entsprechend der vereinbarten Periode gezahlt (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich). Die zwischen Ihnen und uns festgelegte Zahlungsperiode finden Sie in Ihrem Antrag und im Versicherungsschein.

Die vereinbarte Zahlungsperiode gibt an, wann der erste Beitrag fällig ist und in welchen regelmäßigen Abständen die Folgebeiträge fällig werden.

Den ersten Beitrag zahlen Sie rechtzeitig, wenn Sie diesen unverzüglich begleichen, also spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins. Wenn ein fester Zahlungstermin im Versicherungsschein angegeben ist, zahlen Sie zu diesem Termin.

Sie haben Ihre Zahlungsverpflichtung erfüllt, sobald Sie die Zahlung bewirkt haben. Beim Lastschriftverfahren tritt die Erfüllung ein, wenn wir Ihr Konto wirksam belastet haben. Wenn eine Abbuchung von dem angegebenen Konto nicht möglich ist, können Kosten für die Rücklastschrift anfallen. Diese können wir Ihnen in Rechnung stellen.

3. Abschluss und Beginn von Versicherungsverträgen

Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag annehmen. Dies geschieht in der Regel durch Zugang des Versicherungsscheins oder einer Annahmebestätigung bei Ihnen. An Ihren Antrag sind Sie einen Monat lang gebunden.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Voraussetzung ist die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags.

Details zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes finden Sie in den Versicherungsbedingungen des zugrunde liegenden Vertrags.

4. Widerrufsrecht

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. E-Mail, Brief) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbedingungen,**
  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:

Für Kunden der Provinzial Versicherung AG:
Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
Ladungsfähige Anschrift: Provinzialplatz 1, 40591 Düsseldorf
Ihren Widerruf richten Sie bitte an folgende, Ihren Vertrag verwaltende, Stelle:
Provinzial-Allee 1, 48159 Münster
service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Sophienblatt 33, 24114 Kiel
service@provinzial.de

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-Aktiengesellschaft
Kleiner Burstah 6–10, 20457 Hamburg
service@hamburger-feuerkasse.de

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Dieser Betrag ermittelt sich wie folgt: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, multipliziert mit – je nach vereinbarter Zahlungsperiode – 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bzw. 1/90 des Vierteljahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der

Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages 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. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen
Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

10.
a) Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrags;

11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

12. 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 Unterabschnitt 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

5. Laufzeit und ordentliche Kündigung des Vertrags

Sie haben eine Versicherung für einen bestimmten Zeitraum abgeschlossen. Dieser Zeitraum ist im Antrag und Versicherungsschein angegeben. Eine Kündigung ist erstmals zum Ende dieses Zeitraums für Sie und für uns möglich.

Anschließend verlängert sich der Vertrag, wenn vereinbart, von Jahr zu Jahr. Ein Kündigungsrecht besteht dann für beide Vertragsparteien jeweils zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres.

Die Kündigungsfrist ist für beide Vertragsparteien gleich. Sie darf nicht weniger als einen und nicht mehr als drei Monate betragen.

Einzelheiten und besondere Kündigungsrechte sind in den Versicherungsbedingungen Ihres Vertrags festgelegt.

6. Recht und Gerichtsstand

Es gilt deutsches Recht.

Sie können Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag geltend machen
- entweder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes,
- oder bei dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz örtlich zuständig ist.

Unsere Ansprüche können wir bei dem Gericht geltend machen, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist. Wenn Sie den Versicherungsvertrag für einen Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben, können wir alternativ auch das Gericht des Ortes anrufen, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebes befindet.

7. Sprache

Wir schreiben und sprechen in deutscher Sprache.

8. Beschwerden und Streitigkeiten

Falls Sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Unser Ziel ist es, eine für beide Seiten akzeptable Lösung zu finden. Erzielen wir auf dem direkten Wege keine Einigung, haben Sie folgende Möglichkeiten:

a. Versicherungsombudsmann e. V.

Postanschrift: Postfach 080632, 10006 Berlin
Tel. +49 800 369-6000
Fax +49 800 369-9000
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

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

b. Versicherungsaufsicht

Sie können sich außerdem an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Postanschrift: Postfach 1253, 53002 Bonn
Hausanschrift: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
Tel. +49 800 2100-500
poststelle@bafin.de
www.bafin.de

c. Rechtsweg

Selbstverständlich können Sie auch den Rechtsweg einschlagen.

9. Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Provinzial Versicherung AG, die Provinzial Nord Brandkasse AG, die Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG, die Lippische Landesbrandversicherung AG und die Provinzial Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Für Kunden der Provinzial Versicherung AG:
Provinzial Versicherung Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Provinzialplatz 1, 40591 Düsseldorf
Kontaktdaten Düsseldorf: Tel. +49 211 978-0, service@provinzial.com
Kontaktdaten Münster: +49 251 219-0, service@provinzial.de

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
Provinzial Nord Brandkasse Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
Tel. +49 431 603-0
service@provinzial.de

Für Kunden der Lippische Landesbrandversicherung AG:
Lippische Landesbrandversicherung Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Simon-August-Straße 2, 32756 Detmold
Tel. +49 5231 990-0
service@lippische.de

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
Hamburger Feuerkasse Versicherungs-Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Kleiner Burstah 6–10, 20457 Hamburg
Tel. +49 40 30904-9191
service@hamburger-feuerkasse.de

Für Kunden der Provinzial Lebensversicherung AG:
Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
Kontaktdaten Kiel: Tel. +49 431 603-0, service@provinzial.de
Kontaktdaten Düsseldorf: Tel. +49 211 978-0, service@provinzial.com
Kontaktdaten Münster: +49 251 219-0, service@provinzial.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter den oben genannten Adressen mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@provinzial.de bzw. für die Lippische Landesbrandversicherung AG auch unter datenschutzbeauftragter@lippische.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich unsere Unternehmen auf den Verhaltenskodex der deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) verpflichtet, der die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisiert.
Diesen können Sie im Internet über folgende Links abrufen:

Für Kunden der Provinzial Versicherung AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Lippische Landesbrandversicherung AG:
www.lippische.de/datenschutz

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Lebensversicherung AG:
www.provinzial-konzern.de/datenschutz

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den **Abschluss** des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur **Durchführung** des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.
Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Auswertungen und Statistiken, z. B. für die Entwicklung, Anpassung und Kalkulation von Tarifen oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei einem Unternehmen des Provinzial Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zum Aufbau und zur Optimierung maschineller Lernverfahren, mit denen – gegebenenfalls unter Zuhilfenahme öffentlich zugänglicher Daten – der Kundenservice, insbesondere bei Vertragsabschluss, während der Vertragslaufzeit und im Leistungsfall, verbessert werden soll,
- zur postalischen Werbung – insbesondere durch unsere Vermittler – für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Provinzial Konzerns und seiner Vertriebs- und Kooperationspartner,
- für Markt- und Meinungsumfragen sowie
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Ihre Daten verwenden wir gemäß Artikel 6 Absatz 1f DSGVO außerdem, um persönliche Aspekte, insbesondere durch Verwendung mathematischer oder statistischer Verfahren, zu analysieren und darauf basierende Bewertungen und Prognosen vorzunehmen, um die individuelle Ansprache und Beratung zu optimieren. Für diese Bewertungen und Prognosen verwenden wir auch Ihre Adressdaten. Darüber hinaus werden die Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1f DSGVO auch im Rahmen von Auswertungen und Reports zur Evaluation von Marketing-Maßnahmen verwendet.

Um die Werbeansprache zu individualisieren segmentieren wir typische Kundengruppen, die sich in Bezug auf ihre Erwartungshaltung z. B. zu Preis, Service, Betreuung und Umgang mit digitalen Medien grundlegend unterscheiden. Diese Kundengruppen (Segmente) weisen in Bezug auf ihre konkreten Lebensumstände wie z. B. Alter und Wohnort spezifische Gemeinsamkeiten (Profile) auf. Unsere Kenntnisse zu diesen Profilen wenden wir auch auf Bestandskunden an, um diesen bedarfsgerechte und an ihre persönlichen Ansprüche angepasste Produktinformationen zukommen lassen zu können. Hierbei berücksichtigen wir ebenso Informationen zu bestehenden Verträgen mit einer oder mehrerer unserer Konzerngesellschaften und verknüpfen diese unternehmensübergreifend innerhalb des Provinzial Konzerns zum Zweck der interessengerechten Werbeansprache. Zudem nutzen wir entsprechende Daten in pseudonymisierter Form, um die jeweiligen Systeme und Algorithmen zu trainieren und automatisch zu verbessern. Ebenso werden entsprechende Daten in pseudonymisierter Form genutzt, um die Reichweite und den Erfolg von Werbekampagnen durch Erstellung aggregierter Auswertungen ohne Personenbezug zu messen. Eine Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten i. S. d. Artikel 9 DSGVO (z. B. Gesundheitsdaten) erfolgt nicht.

Sollten einzelne werbliche Maßnahmen eine gesonderte Einwilligung erfordern, erfolgt die Verarbeitung auf Basis der Einwilligung (Artikel 6 Absatz 1 lit a DSGVO). Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der Kundensegmentierung, Bildung von Werbeprofilen und die werbliche Ansprache unter Einbeziehung weitergehender Daten (z. B. Informationen, die im Rahmen der Nutzung digitaler Dienste der Provinzial erhoben wurden).

Die werbliche Ansprache für Produkte der Unternehmen des Provinzial Konzerns und seiner Vertriebs- und Kooperationspartner in elektronischer Form erfolgt auf Basis einer zuvor erteilten Einwilligung, soweit eine solche erforderlich ist. Sie können der Nutzung personenbezogener Daten zu Zwecken des Direktmarketings einschließlich der zuvor beschriebenen zusätzlichen und gegebenenfalls auch auf eine Einwilligung gestützten werblichen Maßnahmen jederzeit widersprechen. Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen darauf hin, dass wir bei einem Widerspruch gegen die interessengerechte Werbeansprache entsprechende werbliche Produktinformationen nicht mehr oder nur noch in begrenztem Umfang bereitstellen können. Die Verarbeitung auf Basis anderer Erlaubnistatbestände (z. B. zur Vertragserfüllung) sowie anderer gegebenenfalls abgegebener Einwilligungen bleibt unberührt.

Wenn Sie uns hierzu eine Einwilligung erteilt haben, zeichnen wir Telefongespräche auf, die Sie mit unseren Service-Mitarbeitern führen, um diese für Schulungszwecke und Qualitätssicherungszwecke auswerten zu können. Die Rechtsgrundlage hierfür bildet Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 lit a DSGVO in Verbindung mit Ihrer Einwilligung.

Im Rahmen der Rückversicherung werden Daten der Sachversicherungen wie Adressinformationen, Versicherungssummen und Versicherungsnummern im Rahmen einer Datenanalyse für die Bewertung von Kumulrisiken auf Basis des berechtigten Interesses gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit f DSGVO herangezogen.

Im Rahmen der Bereitstellung von Daten für die digitale Rentenübersicht verarbeiten wir Ihre Steuer-Identifikationsnummer zur Wahrnehmung einer Aufgabe, die uns zur Ausübung öffentlicher Gewalt übertragen wurde und deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung durch Unionsrecht oder das Recht der Mitgliedstaaten festgelegt wurde (Artikel 6 Ie DSGVO i. V. m. § 11 Rentenübersichtsgesetz (RentÜG)).

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Auf Grund gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben sind wir zudem zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und vermögensgefährdenden Straftaten verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen vorgenommen. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Artikel 6 Absatz 1c DSGVO.

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen auf Grund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Dies kann auch Auszüge der Ergebnisse der zuvor beschriebenen Kundensegmentierung umfassen, um eine bedarfsgerechte und an die persönliche Ansprache des Kunden angepasste Beratung zu ermöglichen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe
Bestimmte Datenverarbeitungsvorgänge für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen werden zentral an spezialisierte Bereiche unserer Unternehmensgruppe übertragen. Darüber hinaus nehmen Bereiche unserer Unternehmensgruppe bestimmte Aufgaben (z. B. die Vertrags- und Schadenbearbeitung) übergreifend wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung sowie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch für Zwecke des Direktmarketings und damit zusammenhängender Kundensegmentierung und Werbeprofilings innerhalb der Unternehmensgruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an dieser zentralen oder übergreifenden Datenverarbeitung teilnehmen.

Soweit die Unternehmen der Unternehmensgruppe personenbezogene Daten als gemeinsam Verantwortliche i. S. d. Artikel 26 DSGVO verarbeiten, schließen die beteiligten Unternehmen eine Vereinbarung, in der sie ihre jeweiligen Funktionen und Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Verarbeitung personenbezogener Daten und Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben regeln. Die Verantwortlichen stellen Betroffenen das Wesentliche dieser Vereinbarung zur Verfügung. Entsprechende Anfragen sowie Anfragen zur Geltendmachung von Betroffenenansprüchen richten Sie bitte an die oben angegebenen Kontaktdaten.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der Unternehmen, die an einer Datenverarbeitung innerhalb der Unternehmensgruppe teilnehmen, sowie die externen von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie jederzeit schriftlich bei uns anfordern und können die jeweils aktuelle Version unserer Internetseite unter folgenden Links entnehmen:

Für Kunden der Provinzial Versicherung AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Nord Brandkasse AG:
www.provinzial.de/datenschutz

Für Kunden der Lippische Landesbrandversicherung AG:
www.lippische.de/datenschutz

Für Kunden der Hamburger Feuerkasse Versicherungs-AG:
www.hamburger-feuerkasse.de/datenschutz

Für Kunden der Provinzial Lebensversicherung AG:
www.provinzial-konzern.de/datenschutz

Gerne stellen wir Ihnen die Dienstleisterliste auch schriftlich per Post unter den oben genannten Adressen oder per E-Mail unter service@provinzial.de zur Verfügung.

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

Dauer der Datenspeicherung
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen eines unserer Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

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

Widerspruchsrecht, Artikel 21 DSGVO
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen. Ebenso können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft der Verarbeitung für Zwecke zur Optimierung der individuellen Ansprache und Beratung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit formlos widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

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

Für Schleswig-Holstein:
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Postfach 71 16, 24171 Kiel
Tel. +49 431 988-12 00
Fax +49 431 988-12 23
mail@datenschutzzentrum.de
www.datenschutzzentrum.de

Für Hamburg:
Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Straße 22, 7. OG, 20459 Hamburg
Tel. +49 40 42854-4040
Fax +49 40 42854-4000
mailbox@datenschutz.hamburg.de
www.datenschutz-hamburg.de

Für Nordrhein-Westfalen:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf
Tel. +49 211 38424-0
Fax +49 211 38424-10
poststelle@ldi.nrw.de
www.ldi.nrw.de

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen, wie z. B. bei Doppelversicherungen, bei einem gesetzlichen Forderungsübergang oder bei Schadenteilungsabkommen, eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen
Auf Grund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir in Einzelfällen vollautomatisiert über das Zustandekommen von Verträgen oder unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Zur Entscheidung über das Zustandekommen der Verträge werden die allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie etwaige Annahmerichtlinien hinzugezogen. Zur Bewertung der Leistungspflicht werden Prüfberichte unserer Dienstleister herangezogen. Abweichungen werden automatisch bei Zahlungen berücksichtigt. Zur Nachvollziehbarkeit erhalten Sie immer zusätzlich eine detaillierte Aufstellung. Soweit im Rahmen von Kampagnen automatisierte Einzelfallentscheidungen getroffen werden, wird hierüber im jeweiligen Kontext informiert.

Bonitätsauskünfte
Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Für die Durchführung von Bonitätsprüfungen holen wir, falls es rechtlich erforderlich ist, vorher Ihre Einwilligung zur Bonitätsprüfung gemäß Artikel 6 Absatz 1a DSGVO ein.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft
Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Besurance HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung von Anträgen, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten z. B. über Versicherungsobjekte mit dem HIS erforderlich. Über eine Meldung an das HIS werden Sie informiert. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den ergänzenden Hinweisen zum HIS.

Datenerhebung bei sonstigen Dritten
Außerdem erheben wir zur Wahrung unserer berechtigten Interessen personenbezogene Daten bei Dritten (auch öffentliche Stellen) zum Zwecke der Risikoprüfung, des Forderungsmanagements, der Einhaltung von Finanzsanktions- bzw. Embargobestimmungen und der Adressprüfung (siehe Dienstleisterliste).

Warenkreditversicherung und Bürgschaftsversicherung
In der Warenkreditversicherung und in der Bürgschaftsversicherung nutzen wir sowohl in der Angebotsphase als auch beim Antrag (u. a. zur Beitragskalkulation) und für das laufende Monitoring Bonitätsinformationen und den Score-Wert, welche wir von der Creditreform Münster Riegel & Riegel KG, Münster und von der Creditreform Rating AG, Neuss erhalten.
Rechtsgrundlage hierfür ist das Vorliegen eines kreditorischen Risikos oder eine gültige Einwilligungserklärung gemäß Artikel 6 Absatz 1a DSGVO. In den uns übermittelten Score-Wert fließen die dort gespeicherten Daten, einschließlich der Adressdaten, ein und werden bewertet. Darüber hinaus verarbeiten wir Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Handelsregister, Schuldnerregister, Unternehmensregister, Insolvenzbekanntmachungen). Hinzu kommen Informationen wie z. B. bilanzielle Informationen, die uns die betroffenen Personen selbst zur Verfügung stellen. Unsere Bewertung ergibt sich aus der Kombination aller zugrunde gelegten Faktoren. Der Score-Wert gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der den finanziellen Verpflichtungen nachgekommen wird. Sowohl in der Warenkreditversicherung als auch in der Bürgschaftsversicherung werden Entscheidungen nur zum Teil automatisiert getroffen und basieren unter anderem auf Basis der uns zur Verfügung gestellten Bonitätsinformationen. Dies ist abhängig vom angefragten Risiko und dem uns vorliegenden Gesamtbild über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse.

Information zur Besurance HIS GmbH im Sinne des Artikel 13 und 14 DSGVO

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 personenbeogene 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 gegebenenfalls an anfragende Versicherungsunternehmen. Solche Informationen können nur auf Grund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie gegebenenfalls 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 Artikel 6 Absatz 1f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen und Grundrechte 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 gegebenenfalls 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 in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

- Die Besurance HIS GmbH speichert Informationen über Personen gemäß Artikel 17 Absatz 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 zehn Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte
Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Artikel 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 Artikel 21 Absatz 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 sogenannte 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 (gegebenenfalls Geburtsname), Vorname/n, Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie gegebenenfalls Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Gegebenenfalls 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 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
Tel. +49 151 506918-44
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

Datenerhebung zur Bonitätsprüfung bei der infoscore Consumer Data GmbH
Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und gegebenenfalls Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1b und Artikel 6 Absatz 1f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Artikel 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung usw. finden Sie unter folgendem Link:
https://www.experian.de/content/dam/noindex/emea/germany/informationsblatt-art-14.pdf

---

Datenerhebung zur Bonitätsprüfung bei der Creditreform Boniversum GmbH
Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und gegebenenfalls Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die Creditreform Boniversum GmbH, Hammfelddamm 13, 41460 Neuss.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1b und Artikel 6 Absatz 1f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zu Boniversum i. S. d. Artikel 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung usw. bei Boniversum finden Sie unter folgendem Link:
https://www.boniversum.de/eu-dsgvo

Hinweise zum Datenaustausch mit der Fa. Euro-Pro Gesellschaft für Data Processing mbH
Insbesondere zum Zweck der Forderungsbeitreibung, der Kundenbetreuung sowie der Identitätsprüfung beauftragen wir die Euro-Pro Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1–3, 61279 Grävenwiesbach. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
https://www.europro.de/datenschutz/

B. Vertragsgrundlagen

Tarifbestimmungen
Stand 11.2025

Der Beitrag richtet sich bei erwachsenen Personen in der privaten Unfallversicherung und der betrieblichen Gruppen-Unfallversicherung nach der beruflichen Tätigkeit sowie bei der ehrenamtlichen Tätigkeit in Vereinen oder Institutionen nach der dortigen Tätigkeit; maßgebend ist nicht der erlernte, sondern der tatsächlich ausgeübte Beruf beziehungsweise die Tätigkeit. Entsprechend der beruflichen beziehungsweise sonstigen Tätigkeit erfolgt bei Erwachsenen eine Einstufung nach den Gefahrengruppen:

Gefahrengruppe A
Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Berufstätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder Aufsicht führend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, Labor (mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen = Gefahrengruppe B), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege. Zum Beispiel kaufmännisch tätige Personen, technische Leiter, aufsichtsführende Meister, Verkaufspersonal, Pflegepersonal, Ärzte der Humanmedizin.

Gefahrengruppe B
Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit oder Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen. Zum Beispiel mitarbeitende Meister, Monteure, Arbeiter, Kraftfahrer, Rettungssanitäter, angestellte Tierärzte.

Gefahrengruppe C
Selbstständige (Unternehmer, Gewerbetreibende, Handwerker, Tierärzte) mit körperlicher Berufstätigkeit sowie in der Landwirtschaft tätige Personen. Soweit im Berufsverzeichnis hierfür die Gefahrengruppe B vorgesehen ist, gilt die Gefahrengruppe C.

Gefährliche Berufe
Bei außertariflichen Risiken (z. B. Pilot) sowie gefährlichen Berufen ist eine Direktionsanfrage erforderlich. Ob Ihr Beruf beziehungsweise Ihre Tätigkeit zu den Gefährlichen zählt, ergibt sich bei der Berufs- beziehungsweise Tätigkeitsangabe im Versicherungsantrag. Zum Beispiel Umgang mit Sprengstoffen, Munition (außer dienstliche Schusswaffen), Vertrags- / Lizenz- / Berufssportler, Berufstaucher, Mitglieder von Sondereinsatzkommandos (auch Polizisten, Soldaten, Feuerwehrleute), Artisten, Stuntmen, Bereiter, Tierbändiger.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)

Stand 11.2025

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.

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
2.1 Invaliditätsleistung
2.2 Unfall-Rente
2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.4 Todesfallleistung
2.5 Krankenhaustagegeld
2.6 Tagegeld
2.7 Schmerzensgeld
2.8 Kosten für kosmetische Operationen
2.9 Bergungskosten
2.10 Rehabilitationsmanagement
2.11 Haushaltshilfeleistungen nach Unfall
2.12 Haushaltshilfeleistungen nach krankheitsbedingtem Krankenhausaufenthalt
2.13 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch
2.14 Kinder Krankheitsschutz
2.15 Waisenschutz
2.16 Rooming-In-Leistung
2.17 Schulausfallgeld
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. Was ist nicht versichert?
6. Was müssen Sie
   - bei vereinbartem Tarif für Kinder,
   - bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung,
   - bei Umzug ins Ausland oder
   - ab Vollendung des 60. Lebensjahres

   beachten?

Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind die Leistungen fällig?

Vertragsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?
18. Sanktionsklausel

Leistungsversprechen:
Wir garantieren die Einhaltung der in den Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) Stand 2020 aufgeführten Leistungen auch ohne ausdrückliche Erwähnung in unseren AUB 11.2025 oder den zugehörigen Besonderen Bedingungen oder Zusatzbedingungen.

Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich
Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags
- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff
Als Unfall gilt / gelten auch,

1.4.1 wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere ungewollte Eigenbewegung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
  Beispiel: Der versicherten Person reißt beim Tragen einer schweren Waschmaschine ein Muskel im Oberarm. Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln, Menisken. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.
- einen Knochen bricht.
  Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne erkennbare äußerliche Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel (z. B. Säuren, Staubwolken oder Gifte), wenn die versicherte Person diesen unabwendbar und nicht länger als sieben Tage ausgesetzt war.

1.4.3 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet, auch wenn dabei Gesundheitsschädigungen bewusst in Kauf genommen werden.

1.4.4 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person als Opfer eines Terroranschlages erleidet.

1.4.5 Unfreiwilliger Ertrinkungs- oder Erstickungstod sowie tauchtypische Krankheiten, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Bei Tauchunfällen übernehmen wir zusätzlich die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer bis zu 50.000 Euro, sofern kein Dritter zur Leistung verpflichtet ist.

1.4.6 Erfrierungen und Erfrierungstod.

1.4.7 Gesundheitsschäden durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.8 Infektionskrankheiten durch Insektenstiche oder Tierbisse/Tierverletzungen sind mitversichert, wenn dadurch eine der folgenden Krankheiten ausgelöst wird:
- Borreliose
- Brucellose
- Dengue-Fieber
- Dreitagefieber
- Fleckfieber
- FSME
- Gelbfieber
- Malaria
- Pest
- Schlafkrankheit / Tsetsekrankheit
- Tularämie

Bei Infektionen durch Insektenstiche oder Tierbisse / Tierverletzungen beginnen die Fristen für den Eintritt, die Feststellung, die Neubemessung und die Geltendmachung einer Invalidität abweichend von Ziffer 2.1.1.1 nicht mit dem Unfallereignis (Stich des Insekts / Biss / Verletzung durch das Tier), sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

1.4.9 Allergische Reaktionen
Im Rahmen der Leistungsarten unter Ziffer 2.4 (Todesfallleistung) und Ziffer 2.5 (Krankenhaustagegeld) sind allergische Reaktionen auf Insektenstiche, Nahrungsmittel und ärztlich verordnete Medikamente mitversichert. Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine vollstationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, zahlen wir das einfache Krankenhaustagegeld für maximal 14 Tage.

1.4.10 Gesundheitsschäden durch Strahlen
Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch
- Röntgenstrahlen,
- Laser- oder Maserstrahlen sowie
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie energiereiche Strahlen bis 100 Elektronenvolt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die als Folge
- regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten oder
- von Berufskrankheiten oder
- strahlendiagnostischer oder therapeutischer Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person

entstanden sind.

1.4.11 Infektionen
Versicherungsschutz besteht für Infektionen, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit im Gesundheitswesen, im Polizei-, Feuerwehr-, Rettungs- oder Labordienst infiziert hat. Voraussetzung ist: Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:
- Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- Plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus.
Bei Infektionen beginnen die Fristen für den Eintritt, die Feststellung, die Neubemessung und die Geltendmachung einer Invalidität abweichend von Ziffer 2.1.1.1 nicht mit dem Unfallereignis, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen 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.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und wir haben bereits eine Invaliditätsleistung gezahlt, wird diese Zahlung mit der Todesfallleistung verrechnet.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads
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 beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des fünften Jahres nach dem Unfall erkennbar ist.

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

• Arm	70 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
• Hand	55 %
• Daumen	20 %
• Zeigefinger	10 %
• anderer Finger	5 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
• Bein bis unterhalb des Knies	50 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
• Fuß	40 %
• große Zehe	5 %
• andere Zehe	2 %
• Auge	50 %
• Gehör auf einem Ohr	30 %
• Geruchssinn	15 %
• Geschmackssinn	10 %
• Verlust der Stimme	60 %
• Milz	10 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.
Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 % (= ein Zehntel von 70 %).

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 Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.
Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (= ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane
Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.2.5 Helmbonus
Für unfallbedingte Kopfverletzungen, die die versicherte Person in der Freizeit erleidet und die zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 führen, zahlen wir eine um zehn Prozent höhere Invaliditätsleistung, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter Schutzhelm getragen wurde.
Der Helmbonus wird nicht gewährt bei Kraftfahrzeugunfällen, wenn das Tragen eines Helmes zum Zeitpunkt des Unfalls gesetzlich vorgeschrieben war.

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 auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.3 Invaliditätsleistung direkt nach Diagnosestellung (InvaDirekt)
In teilweiser Abweichung von Ziffer 2.1.1 und 2.1.2 zahlen wir die Invaliditätsleistung bereits nach Stellung einer ärztlichen Diagnose.
Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung nach Diagnosestellung:
- Sie machen den Anspruch auf die Leistung innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bei uns geltend und
- ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 hat zu einer der folgenden Verletzungen geführt:

Ärztliche Diagnose	Höhe des festgelegten Invaliditätsgrads
Komplette Kreuzbandruptur (nicht Ruptur einer Kreuzbandplastik)	7 %
Fersenbeinfraktur	8 %
Sprunggelenksfraktur	2 %
Schienbeinfraktur	10 %
Kniescheibenfraktur	10 %
Oberschenkelhalsfraktur	10 %
Vollständige Radiusfraktur oder Radiusköpfchenfraktur	7 %
Oberarmkopffraktur und / oder Schultereckgelenksprengung (ab Tossy II / Rockwood II)	7 %
Fraktur eines Wirbelkörpers	10 %
Frakturen von zwei oder mehr Wirbelkörpern Hinweis: Die Leistung „Fraktur eines Wirbelkörpers“ kommt nicht zusätzlich zur Auszahlung	15 %

Die Invaliditätsleistung direkt nach Diagnosestellung für eine komplette Kreuzbandruptur zahlen wir nur einmal. Bei wiederholt eintretenden kompletten Rupturen desselben Kreuzbands veranlassen wir auf unsere Kosten die Bemessung des Invaliditätsgrads.
Die Höhe der Invaliditätsleistung nach Diagnosestellung ergibt sich aus der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität und dem zur jeweiligen Diagnose genannten Prozentwert. Wir erbringen diese Leistung als Einmalzahlung. Liegen mehrere der in der vorstehenden Tabelle aufgeführten Verletzungen vor, wird die Invaliditätsleistung nach Diagnosestellung auf insgesamt 20 Prozent begrenzt.
Ihr Recht, nach Ziffer 9.4 einen höheren Invaliditätsgrad geltend zu machen, wird durch diese Bedingung nicht beeinflusst. Dieses Recht muss von Ihnen innerhalb der in Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3 der genannten Fristen bei uns geltend gemacht werden. Wir veranlassen dann auf unsere Kosten eine Neubemessung des Invaliditätsgrads. Ergibt sich bei der Neubemessung ein geringerer Invaliditätsgrad und damit eine geringere Invaliditätsleistung als von uns bereits reguliert, verzichten wir abweichend von Ziffer 9.4 auf die Rückforderung des Differenzbetrages. Ein Recht zur Neubemessung für uns als Versicherer besteht bei der Invaliditätsleistung nach Diagnosestellung nicht.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Unfall-Rente mit Verdoppelung der Rente ab 90 % Invalidität

2.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
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.
Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt für die Zahlung der Rente Ziffer 2.1.2.3 analog.

2.2.1.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % zahlen wir die Unfall-Rente in doppelter Höhe.
Beispiele:
- Bei einem Invaliditätsgrad von 70 % erhalten Sie eine Rente in Höhe von 100 % der vereinbarten Unfall-Rente.
- Bei einem Invaliditätsgrad von 95 % erhalten Sie eine Rente in Höhe von 200 % der vereinbarten Unfall-Rente.

2.2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

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

2.2.1.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente
- bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tod der versicherten Person oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % beziehungsweise 90 % gesunken ist.

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

2.2.2 Unfall-Rente mit Erhöhung der Rente bei Pflegebedürftigkeit

2.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
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.
Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt für die Zahlung der Rente Ziffer 2.1.2.3 analog. Voraussetzung für die Erhöhung der Rente bei Pflegebedürftigkeit ist eine Einstufung der versicherten Person als dauernd pflegebedürftig (Pflegegrad 2–5) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.
Die dauernde Pflegebedürftigkeit ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall eingetreten und durch einen Bescheid der Pflegeversicherung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
Bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit erhöhen wir die vereinbarte Unfall-Rente
- bei Pflegegrad 2 um 25 %,
- bei Pflegegrad 3 um 50 %,
- bei Pflegegrad 4 oder 5 um 100 %.

Grundlage ist der zum Ablauf der 30-Monatsfrist nach Ziffer 2.2.2.1 bestehende Pflegegrad.

Beispiele:
- Bei einem Invaliditätsgrad von 70 % erhalten Sie eine Rente in Höhe von 100 % der vereinbarten Unfall-Rente.
- Bei einem Invaliditätsgrad von 70 % und einem nach dem Unfall festgestellten Pflegegrad 3 erhalten Sie eine Rente in Höhe von 150 % der vereinbarten Unfall-Rente.

Sofern bei der versicherten Person bereits vor dem Unfall ein Pflegegrad bestand, und sich dieser nach dem Unfall erhöht, verändert sich die Rente wie folgt:
Erhöht sich der Pflegegrad um einen Pflegegrad, erhöhen wir die Unfall-Rente um 25 %,
Erhöht sich der Pflegegrad um zwei Pflegegrade, erhöhen wir die Unfall-Rente um 50 %,
Erhöht sich der Pflegegrad um drei oder mehr Pflegegrade, erhöhen wir die Unfall-Rente um 100 %.
Beispiel: Vor dem Unfall bestand der Pflegegrad 2, nach dem Unfall Pflegegrad 4. Wir erhöhen die Unfall-Rente um 50 %.

2.2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.2.3.1 Wir zahlen
- die Unfall-Rente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat und danach monatlich im Voraus.
- die Erhöhung der Rente bei Pflegebedürftigkeit rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die dauernde Pflegebedürftigkeit beziehungsweise deren Erhöhung durch Bescheid der Pflegeversicherung festgestellt worden ist und danach monatlich im Voraus.

Wir zahlen sie solange wie die Unfall-Rente gezahlt wird.

2.2.2.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente
- bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tod der versicherten Person oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.2.3 Unfall-Rente Plus
Bei der Unfall-Rente Plus erhalten Sie die höchste Rentenzahlung aus
- der Unfall-Rente mit Verdoppelung der Rente ab 90 % Invalidität gemäß Ziffer 2.2.1 oder
- der Unfall-Rente mit Erhöhung der Rente bei Pflegebedürftigkeit gemäß Ziffer 2.2.2 oder
- einer Unfall-Rente in Höhe von 50 % ab einem Invaliditätsgrad von 35 %.

Beispiel: Bei einem Invaliditätsgrad von 40 % erhalten Sie eine Rente in Höhe von 50 % der vereinbarten Unfall-Rente.

2.2.4 Unfall-Rente Maximum
Bei der Unfall-Rente Maximum erhalten Sie die höchste Rentenzahlung aus
- der Unfall-Rente mit Verdoppelung der Rente ab 90 % Invalidität gemäß Ziffer 2.2.1 oder
- einer Unfall-Rente in Höhe von 50 % ab einem Invaliditätsgrad von 30 %.

Beispiel: Bei einem Invaliditätsgrad von 30 % erhalten Sie eine Rente in Höhe von 50 % der vereinbarten Unfall-Rente.

2.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Bei schweren Verletzungen bieten wir Ihnen gemäß den nachfolgenden Regelungen schnelle finanzielle Hilfe, die unabhängig von einer späteren Invaliditätsleistung gezahlt wird.

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt

2.3.1.1.1 eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Schwere Mehrfachverletzung / Polytrauma:
  - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Unter- und Oberarmknochen oder Unter- und Oberschenkelknochen) oder
  - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
  - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Bruch eines langen Röhrenknochens, des Beckens, der Wirbelsäule oder gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, um jeweils mindestens 60 %,

2.3.1.1.2 andere schwere Verletzungen erlitten, die die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50 % beeinträchtigen. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

2.3.1.2 Die Verletzungsfolgen sind innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und die Sofortleistung ist von Ihnen innerhalb dieser Frist bei uns geltend gemacht worden. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Sofortleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel: Sie haben bei dem Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.3.1.3 Verstirbt die versicherte Person innerhalb von 48 Stunden an den Folgen des Unfalls, besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Sofortleistung als Kapitalbetrag einmal je Unfall in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Todesfallleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall.
Als Unfalltod gilt auch, wenn die versicherte Person nach
- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes im Aufgebotsverfahren rechtswirksam für tot erklärt worden ist.

Hat die für tot erklärte versicherte Person den Unfall doch überlebt, fordern wir eine bereits erbrachte Leistung nicht zurück.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
Stirbt die versicherte Person bei Benutzung eines Verkehrsmittels des öffentlichen Personenverkehrs (vom Besteigen bis zum Verlassen) durch ein Unfallereignis, verdoppelt sich die im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistung für den Todesfall. Der sich inklusive der Verdoppelung ergebende Gesamtbetrag ist auf 20.000 Euro begrenzt. Bei Versicherungssummen ab 20.000 Euro erfolgt die Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme.
Beispiel: Eine versicherte Person stirbt bei einem Unfall in einer U-Bahn. Ihre Todesfallsumme beträgt 15.000 Euro. Wir zahlen 20.000 Euro.

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls,
- ab dem vierten Tag eines jeden Krankenhausaufenthaltes in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
- zusätzlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet hat und die vollstationäre Krankenhausheilbehandlung im Ausland erfolgt ist, längstens jedoch für 20 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat. Erleidet die versicherte Person bei Benutzung eines Verkehrsmittels des öffentlichen Personenverkehrs (vom Besteigen bis zum Verlassen) einen Unfall, zahlen wir für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes – bis fünf Tage vom Unfalltag an gerechnet – ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 25 Euro.
Bei unfallbedingten, medizinisch notwendigen ambulanten Operationen zahlen wir einmalig je Unfallereignis einen Betrag in Höhe von 150 Euro.

2.6 Tagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.6.2 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,
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, sofern sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.
Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.
Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.7 Schmerzensgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat unfallbedingt einen Knochenbruch erlitten. Als Knochenbruch gelten auch eine Grünholzfraktur, eine Fissur oder ein knöcherner Bandausriss.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung
Wir leisten je Unfallereignis einmalig einen Betrag in Höhe von 300 Euro.

2.8 Kosten für kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung oder kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.
Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Beschädigung von Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operationen.
Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 100.000 Euro.

2.9 Bergungskosten

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den medizinisch notwendigen Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu ihrem ständigen Wohnsitz oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- für Heimfahrt oder Unterbringung, die zusätzlich entstehen, für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person oder
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland oder
- für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland

entstanden.

Als Unfall im Sinne dieser Ziffer gilt auch, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach 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.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 100.000 Euro.
Die Reisekosten für mitreisende Angehörige übernehmen wir für

- Bahnfahrten 2. Klasse,
- Flüge in der Economy-Class, wenn eine Bahnfahrt länger als zehn Stunden dauern würde,
- sonstige öffentliche Verkehrsmittel.

2.10 Rehabilitationsmanagement

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 % führt; dieser wird durch uns nach den aktuellen medizinischen Diagnosen und den Einschätzungsempfehlungen für die private Unfallversicherung oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 AUB und Ziffer 3 AUB ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziffer 2.10.3 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

2.10.2 Dauer der Leistung
Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.10.3 werden längstens für eine Dauer von drei Jahren nach dem Unfall erbracht. Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 25 % gesunken ist. Bereits erbrachte Leistungen werden von uns nicht zurückgefordert.

2.10.3 Umfang der Leistung
Sie haben Anspruch auf die in Ziffer 2.10.3.1 bis Ziffer 2.10.3.7 genannten Leistungen.
Auf Ihren Wunsch übernehmen wir zusätzlich die aus Ziffer 2.10.3.1 bis Ziffer 2.10.3.7 entstehenden und nachgewiesenen Sach-, Behandlungs- und Pflegekosten bis zu 50 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung aus Ziffer 2.1, höchstens jedoch 100.000 Euro, und verrechnen diese mit der Invaliditätsleistung.
Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die vereinbarten Leistungen auswählen.

2.10.3.1 Persönliche Betreuung
Nach dem Unfall werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person beziehungsweise deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, den wir zu Hause, im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung durchführen, wird mit der verletzten versicherten Person – auf deren Wunsch unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte beziehungsweise Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.
Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten beziehungsweise Therapeuten. Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die zuständige Krankenkasse. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2.10.3.2 Medizinische Rehabilitationsberatung
Nach dem Unfall nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist.

2.10.3.3 Hilfsmittelversorgung
Wir klären den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickeln mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.

2.10.3.4 Mobilitätssicherung
Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität beraten wir bei Bedarf über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person beziehungsweise Neuanschaffung eines behindertengerechten Fahrzeugs.

2.10.3.5 Wohnungsberatung
Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung beziehungsweise des Hauses nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so beraten wir bei der Umgestaltung der Wohnung beziehungsweise des Hauses oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objektes.

2.10.3.6 Berufliche Rehabilitationsberatung
Wir beraten und unterstützen die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten.
Wir unterstützen die versicherte Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.
Wir bieten der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten beziehungsweise einem neuen Arbeitsplatz an.

2.10.3.7 Pflegeberatung
Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, ihren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.
Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen.

2.11 Haushaltshilfeleistungen nach Unfall

2.11.1 Haushaltshilfeleistungen mit Kostenübernahme

2.11.1.1 Voraussetzungen für die Leistungen
Ein Unfall führt bei der versicherten Person zu einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausheilbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ärztlich attestierten Hilfsbedürftigkeit. Die versicherte Person ist in ihrer Alltagsaktivität derart beeinträchtigt, dass Hilfe für die Haushaltsführung in ihrem eigenen Haushalt unerlässlich ist.

2.11.1.2 Art und Umfang der Leistungen

2.11.1.2.1 Die unter Ziffer 2.11.1.2.2 aufgeführten Leistungen erbringen wir durch von uns beauftragte Dienstleister ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Unsere Hilfeleistungen erhalten Sie unter der im Versicherungsschein genannten Telefonnummer.

2.11.1.2.2 Wir übernehmen, für eine verletzte Person ab 18 Jahren oder eine verletzte Person unter 18 Jahren, die einen eigenen Haushalt führt, die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für:

- ambulante Kurzzeitpflege (Grundpflege) bis zu vier Stunden täglich
  Voraussetzung: Die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person entspricht einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegebedürftigkeit). Der von uns beauftragte Dienstleister stellt durch Gespräche mit der versicherten Person beziehungsweise ihren Angehörigen und soweit notwendig mit dem behandelnden Arzt die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit fest.
  Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
  Dauer und Höhe der Leistung: Unsere Pflegeleistungen enden, wenn Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde. Wir leisten die ambulante Kurzzeitpflege (Grundpflege) bis zu einer Höchstsumme von 2.000 Euro je Unfall.
- Tag- / Nachtwache bis maximal 48 Stunden nach einer Entlassung aus einer vollstationären Heilbehandlung, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist
- eine Hausnotrufanlage aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister
- Seminare für pflegende Angehörige
- Fahrdienste zu Ärzten, Behörden und ärztlich verordneten Therapien bis zu dreimal je Woche
- die tägliche Anlieferung eines Menüs nach freier Auswahl aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister (inklusive der Kosten des Menüs) für die verletzte Person sowie die von der verletzten Person im selben Haushalt versorgten Personen

- Besorgung der Einkäufe (Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs) bis zu zweimal je Woche
- Wäscheservice (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einräumen der Wäsche sowie Schuhpflege) im Haushalt der versicherten Person einmal je Woche
- Reinigung der Wohnung einmal je Woche

Die Kosten für die Lebensmittel, die Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie die Wasch- und Putzmittel trägt der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte Person.

- Kinderbetreuung, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu unfallbedingt nicht in der Lage ist, bis zu acht Stunden täglich und maximal vier Wochen. In den ersten 48 Stunden nach dem Unfall auch rund um die Uhr, wenn niemand für die notwendige Betreuung der Kinder zur Verfügung steht. Voraussetzung ist, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- Kinderfahrdienst zu Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig fährt, dazu unfallbedingt nicht in der Lage ist, bis zu zweimal wöchentlich je Kind.

2.11.1.2.3 Zusätzlich übernehmen wir, für eine verletzte Person ab 18 Jahren oder eine verletzte Person unter 18 Jahren, die einen eigenen Haushalt führt, die nachgewiesenen Kosten für:
- Gartenpflege im Rahmen der unbedingt notwendigen saisonalen Instandhaltung des zur selbstgenutzten Wohneinheit gehörigen Gartens bis zu fünf Stunden je Woche und 10 Euro je Stunde.
- Winterdienst / Streudienst für die selbstgenutzte Wohneinheit im Rahmen der durch die Orts- / Gemeindesatzung geregelten Streupflicht bei Winterglätte.
  Soweit Winter- / Streudienst z. B. von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten durchgeführt wird, erstatten wir maximal 10 Euro je Stunde. Für die Anzahl der Stunden ist eine Aufstellung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) einzureichen.

Kosten für Leistungen der Ziffer 2.11.1.2.3 tragen wir nicht, sofern diese Leistungen von einer Person durchgeführt werden, die mit der verletzten Person im selben Haushalt lebt.

2.11.1.2.4 Wir übernehmen für eine verletzte Person unter 18 Jahren die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für:
- ambulante Kurzzeitpflege (Grundpflege) bis zu vier Stunden täglich
  Voraussetzung: Die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person entspricht einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegebedürftigkeit). Der von uns beauftragte Dienstleister stellt durch Gespräche mit der versicherten Person beziehungsweise ihren Angehörigen und soweit notwendig mit dem behandelnden Arzt die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit fest.
  Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
  Dauer und Höhe der Leistung: Unsere Pflegeleistungen enden, wenn Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde. Wir leisten die ambulante Kurzzeitpflege (Grundpflege) bis zu einer Höchstsumme von 2.000 Euro je Unfall.
- Tag- / Nachtwache bis maximal 48 Stunden nach einer Entlassung aus einer vollstationären Heilbehandlung, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist
- eine Hausnotrufanlage aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister
- Seminare für pflegende Angehörige
- Fahrdienste zu Ärzten, Behörden und ärztlich verordneten Therapien bis zu dreimal je Woche
- die tägliche Anlieferung eines Menüs nach freier Auswahl aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister (inklusive der Kosten des Menüs) für die verletzte Person
- Kinder- und Geschwister-Notfallbetreuung; wenn ein versichertes Kind einen Unfall erleidet, vermitteln und übernehmen wir die Kosten für die notwendige Betreuung des verunfallten Kindes und der im gleichen Haushalt lebenden Geschwisterkinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Unfall.

2.11.1.3 Dauer der Leistungen

2.11.1.3.1 Die vereinbarten Leistungen werden, soweit die Hilfe für die Haushaltsführung unerlässlich ist, während der Dauer der ärztlichen Behandlung erbracht, längstens für sechs Monate nach dem Unfall (Leistungszeitraum). Innerhalb des Leistungszeitraums können die Haushaltshilfeleistungen mit Kostenübernahme auch bei mehreren Unfällen nur einmal in Anspruch genommen werden.

2.11.1.3.2 Gibt die versicherte Person den eigenen Haushalt auf und zieht in eine Alten-, Senioren- oder Pflegeeinrichtung um, erlischt mit dem Datum des Umzuges der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme Haushaltshilfeleistungen. Dies gilt auch, sofern die versicherte Person während des Leistungszeitraums in eine Alten-, Senioren- oder Pflegeeinrichtung verzieht. Den für die Leistungsart Kostenübernahme Haushaltshilfeleistungen entrichteten Beitrag zahlen wir Ihnen entsprechend ab dem Datum des Umzuges zurück.

2.11.2 Allgemeine Hilfeleistungen

2.11.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der die Inanspruchnahme einer der nachfolgenden Leistungen notwendig macht.

2.11.2.2 Art und Umfang der Leistungen
Die allgemeinen Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Unsere Hilfeleistungen erhalten Sie unter der im Versicherungsschein genannten Telefonnummer.

2.11.2.2.1 Wir vermitteln:
- Haushaltshilfe
- Architekten und Zulieferer für den behindertengerechten Umbau von Wohnung / Haus
- große Pflegehilfsmittel über große Sanitätsfachgeschäfte
- Plätze in Pflegeheimen durch Kontakt zu allen deutschen Pflegeheimen und Rehakliniken
- Heimplätze für Haustiere (Tierheime und Pensionen)

2.11.2.2.2 Wir benennen:
- Spezialärzte und -kliniken zur Behandlung (nicht Begutachtung) von Verletzungen weltweit
- Ansprechpartner und Anwälte zu den Themen Patientenverfügung und Testamentsfragen

2.12 Haushaltshilfeleistungen nach krankheitsbedingtem Krankenhausaufenthalt

2.12.1 Haushaltshilfeleistungen mit Kostenübernahme

2.12.1.1 Voraussetzungen für die Leistungen
Eine Krankheit führt bei der versicherten Person zu einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausheilbehandlung. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Ziffer 3.1, „Wir leisten nicht für Krankheiten“ findet hier keine Anwendung.
Die versicherte Person ist nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung in ihrer Alltagsaktivität derart beeinträchtigt, dass Hilfe für die Haushaltsführung in ihrem eigenen Haushalt unerlässlich ist.

2.12.1.2 Art und Umfang der Leistungen

2.12.1.2.1 Die unter Ziffer 2.12.1.2.2 und 2.12.1.2.3 aufgeführten Leistungen erbringen wir durch von uns beauftragte Dienstleister ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Unsere Hilfeleistungen erhalten Sie unter der im Versicherungsschein genannten Telefonnummer.

2.12.1.2.2 Während des Krankenhausaufenthalts übernehmen wir unabhängig von Ziffer 2.12.1.1 Absatz 2 einmalig die notwendigen Kosten für:
- Reinigung der Wohnung
- Entsorgung des Abfalls

2.12.1.2.3 Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt übernehmen wir die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für:
- eine Hausnotrufanlage aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister
- Fahrdienste zu Ärzten, Behörden und ärztlich verordneten Therapien bis zu dreimal je Woche
- die tägliche Anlieferung eines Menüs nach freier Auswahl aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister (inklusive der Kosten des Menüs) für die versicherte Person sowie eine von der versicherten Person im selben Haushalt versorgten Person
- Besorgung der Einkäufe (Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs) bis zu zweimal je Woche
- Wäscheservice (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einräumen der Wäsche sowie Schuhpflege) im Haushalt der versicherten Person einmal je Woche
- Reinigung der Wohnung einmal je Woche

Die Kosten für die Lebensmittel, die Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie die Wasch- und Putzmittel trägt der Versicherungsnehmer beziehungsweise die versicherte Person.

2.12.1.2.4 Zusätzlich übernehmen wir im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt die notwendigen nachgewiesenen Kosten für Winterdienst / Streudienst für die selbstgenutzte Wohneinheit im Rahmen der durch die Orts- / Gemeindesatzung geregelten Streupflicht bei Winterglätte.
Soweit der Winter- / Streudienst z. B. von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten durchgeführt wird, erstatten wir je Stunde maximal 10 Euro. Für die Anzahl der Stunden ist eine Aufstellung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) einzureichen.
Kosten für Winter- / Streudienst tragen wir nicht, sofern diese Leistungen von einer Person durchgeführt werden, die mit der verletzen Person im selben Haushalt lebt.

2.12.1.3 Dauer der Leistungen

2.12.1.3.1 Die vereinbarten Leistungen werden, soweit die Hilfe für die Haushaltsführung unerlässlich ist, während der Dauer der ärztlichen Behandlung erbracht, längstens für drei Monate nach Beendigung der vollstationären Krankenhausheilbehandlung (Leistungszeitraum).
Befindet sich die versicherte Person wegen derselben Krankheit mehrmals in vollstationärer Krankenhausheilbehandlung, so leisten wir innerhalb einer Versicherungsperiode insgesamt für längstens drei Monate.
Innerhalb des Leistungszeitraums können die Haushaltshilfeleistungen mit Kostenübernahme auch bei mehreren Krankenhausaufenthalten nur einmal in Anspruch genommen werden.

2.12.1.3.2 Gibt die versicherte Person den eigenen Haushalt auf und zieht in eine Alten-, Senioren- oder Pflegeeinrichtung um, erlischt mit dem Datum des Umzuges der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme Haushaltshilfeleistungen. Dies gilt auch, sofern die versicherte Person während des Leistungszeitraums in eine Alten-, Senioren- oder Pflegeeinrichtung verzieht. Den für die Leistungsart Kostenübernahme Haushaltshilfeleistungen entrichteten Beitrag zahlen wir Ihnen entsprechend ab dem Datum des Umzuges zurück.

2.12.2 Allgemeine Hilfeleistungen

2.12.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen
Die versicherte Person hat eine Erkrankung erlitten, die die Inanspruchnahme einer der nachfolgenden Leistungen notwendig macht.

2.12.2.2 Art und Umfang der Leistungen
Die allgemeinen Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Unsere Hilfeleistungen erhalten Sie unter der im Versicherungsschein genannten Telefonnummer.

2.12.2.2.1 Wir vermitteln:
- ambulante häusliche Pflege
- Haushaltshilfe
- Architekten und Zulieferer für den behindertengerechten Umbau von Wohnung / Haus
- große Pflegehilfsmittel über große Sanitätsfachgeschäfte
- Seminare für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige

- Plätze in Pflegeheimen durch Kontakt zu allen deutschen Pflegeheimen und Rehakliniken
- Heimplätze für Haustiere (Tierheime und Pensionen)
- Gartenpflege

2.12.2.2.2 Wir benennen:
- Spezialärzte und -kliniken zur Behandlung (nicht Begutachtung) von Verletzungen weltweit
- Ansprechpartner und Anwälte zu den Themen Patientenverfügung und Testamentsfragen

2.13 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.13.1 Ergänzend zu Ziffer 1.3 gilt als Unfall auch ein Oberschenkelhalsbruch unabhängig von seiner Ursache. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur. Die Regelungen der Ziffer 3 AUB finden dafür keine Anwendung.

2.13.2 Erleidet die versicherte Person einen Oberschenkelhalsbruch, zahlen wir die Summe von 3.000 Euro als einmaligen Kapitalbetrag.

2.13.3 Das Vorliegen eines Oberschenkelhalsbruchs ist innerhalb von 30 Monaten nach Eintritt von einem Arzt festgestellt worden und von Ihnen bei uns geltend zu machen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Sofortleistung ausgeschlossen.

2.14 Kinder Krankheitsschutz

Beim Kinder Krankheitsschutz leisten wir eine Kapitalzahlung, sofern bei dem versicherten Kind bestimmte Krankheiten auftreten oder das Kind an bestimmten schweren Krankheitsfolgen leidet.

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung:
- Die Krankheit wird innerhalb der Vertragslaufzeit erstmalig von einem Arzt diagnostiziert.
- Die Ursache für die Krankheitsfolge ist eine innerhalb der Vertragslaufzeit diagnostizierte Krankheit. Nicht versichert sind Unfälle nach Ziffer 1.3 und 1.4 und bereits vor Einschluss des Bausteins Kinder Krankheitsschutz diagnostizierte Krankheiten und deren Krankheitsfolgen.

Beim versicherten Kind wurde eine der folgenden Krankheiten oder Krankheitsfolgen festgestellt:

2.14.1.1 Verlust des Seh-, Sprach- oder Hörvermögens
Dieser Verlust kann durch Hilfsmittel oder therapeutische Maßnahmen nicht mehr verbessert werden. Die Beurteilung, ob dies der Fall ist, richtet sich nach allgemeiner medizinischer Erfahrung. Als Hilfsmittel gelten z. B. eine Brille, ein Hörgerät oder ein Implantat. Der Verlust muss von einem Arzt festgestellt werden.

2.14.1.1.1 Verlust des Sehvermögens
Ein Verlust des Sehvermögens liegt vor, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge höchstens folgende Werte erreicht:
- 1/50,
- oder 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist,
- oder 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist,
- oder 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist,
- oder 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

2.14.1.1.2 Verlust des Sprachvermögens
Ein Verlust des Sprachvermögens liegt vor, wenn das versicherte Kind nicht mehr in der Lage ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Der Sprachverlust muss auf eine Schädigung des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparats (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) zurückgehen. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Verlust der Sprache auf psychischen Störungen beruht.

2.14.1.1.3 Verlust des Hörvermögens
Ein Verlust des Hörvermögens liegt vor, wenn das versicherte Kind auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist. Vollständig ertaubt heißt, dass die Hörfähigkeit alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel nicht mehr erfasst.

2.14.1.2 Verlust der selbstständigen Fortbewegung mit Rollstuhlpflicht
Für das versicherte Kind wurde in Folge einer Krankheit ein Schwerbehindertenausweis mit einem unbefristeten Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 und Merkzeichen „aG“ ausgestellt.

2.14.1.3 Anhaltende Pflegebedürftigkeit
Für das versicherte Kind wurde in Folge einer Krankheit ein Pflegegrad von mindestens 3 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung festgelegt.

2.14.1.4 Krebs, Leukämie, malignes Lymphom
Eine Krebserkrankung liegt bei einem bösartigen Tumor vor. Ein bösartiger Tumor setzt voraus:
- Es kommt zu unkontrolliertem Zellwachstum,
- Die Tumorzellen säen aus, wandern in umliegendes Gewebe ein und zerstören gesundes Gewebe.

Der Begriff „Krebs“ umfasst dabei alle Arten bösartiger Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Als Krebserkrankung gilt auch, wenn das versicherte Kind an Leukämie oder einem malignen Lymphom erkrankt. Krebs beziehungsweise Leukämie und malignes Lymphom müssen durch ärztliche Befunde belegt sein. Für Tumore ist ein feingeweblicher (histologischer) Befund nötig. Für Leukämie und malignes Lymphom sind zellnachweisliche (zytologische) Befunde erforderlich.

2.14.1.5 Chronisches Nierenversagen mit Dialysepflicht
Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass eine Dialysepflicht besteht.

2.14.1.6 Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse

2.14.1.7 Amputation eines Beines oberhalb des Kniegelenkes oder eines Armes oberhalb des Ellenbogengelenkes

2.14.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen
- eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 20.000 Euro nach Diagnose der Krankheit beziehungsweise Feststellung der Krankheitsfolge,
- eine Erhöhung der Kapitalleistung auf 100.000 Euro, sofern die Krankheitsfolgen der Ziffern 2.14.1.1 bis 2.14.1.3 länger als ein Jahr fortbestehen oder irreversibel sind.

Treten mehrere der oben genannten Krankheitsfolgen als Folge derselben Ursache auf, zahlen wir die Kapitalleistung nur einmal.
Wurde für eine Krankheit oder Krankheitsfolge (Ziffer 2.14.1.1 bis 2.14.1.7) aus diesem Vertrag bereits eine Leistung erbracht und tritt dieselbe Krankheit oder Krankheitsfolge erneut auf, erbringen wir keine weitere Leistung.
Die Regelungen der Ziffer 3 AUB (Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen) finden keine Anwendung.

2.14.3 Ende der Versicherung des Kinder Krankheitsschutzes
Die Versicherung des Kinder Krankheitsschutzes endet mit der Umstellung auf die Unfallversicherung für Erwachsene, spätestens zum Ende der Versicherungsperiode, in der das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet.
Erbringen wir auf Grund von dauerhaften oder irreversiblen Krankheitsfolgen der Ziffern 2.14.1.1 bis 2.14.1.3 eine Kapitalleistung von insgesamt 100.000 Euro, erlischt der Versicherungsschutz des Kinder Krankheitsschutzes mit dem Tag unserer Zahlung. Den für die Leistungsart Kinder Krankheitsschutz entrichteten Beitrag zahlen wir Ihnen ab diesem Datum zurück.

2.15 Waisenschutz

2.15.1 Voraussetzung für die Leistung
Ein sorgeberechtigter Elternteil des versicherten Kindes hat im Antrag zugestimmt, dass der Waisenschutz für den Fall seines eigenen Todes abgeschlossen wird. Dieser sorgeberechtigte Elternteil ist infolge eines leistungspflichtigen Unfalls nach den Bestimmungen dieser AUB innerhalb von zwei Jahren gestorben. Die Bestimmungen der Ziffern 3 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen) und 5 (Ausschlüsse) gelten auch für den sorgeberechtigten Elternteil.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen an das versicherte Kind
- eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 20.000 Euro, wenn der Elternteil im Sinne von Ziffer 2.15.1 gestorben ist,
- eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 100.000 Euro, wenn beide sorgeberechtigten Elternteile, die im Antrag zugestimmt haben, dass der Waisenschutz für den Fall ihres Todes abgeschlossen wird, durch dasselbe Unfallereignis gestorben sind.

2.15.3 Ende der Versicherung des Waisenschutzes
Die Versicherung des Waisenschutzes endet mit der Umstellung auf die Unfallversicherung für Erwachsene, spätestens zum Ende der Versicherungsperiode, in der das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet.

2.16 Rooming-In-Leistung

2.16.1 Voraussetzung für die Leistung
Das versicherte Kind befindet sich wegen eines Unfalls innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhausheilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind (Rooming-In). Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.16.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen pro Übernachtung einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 25 Euro, längstens jedoch bis zu 100 Übernachtungen. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

2.17 Schulausfallgeld

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Das versicherte Kind kann wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1 AUB für mindestens 20 Schultage nicht am Schulunterricht (als Schüler an einer allgemeinbildenden Schule, einschließlich der Abendschule) teilnehmen. Ferien oder eine vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall.
- In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB ist jeder Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Schule zu begründen.

2.17.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen ein Schulausfallgeld in Höhe von 25 Euro pro Schulausfalltag. Das Schulausfallgeld wird ab dem 21. Tag des Schulausfalls, längstens für 40 Schultage, gezahlt. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalls werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

2.17.3 Ende der Versicherung des Schulausfallgeldes
Die Versicherung des Schulausfallgeldes endet mit der Umstellung auf die Unfallversicherung für Erwachsene, spätestens zum Ende der Versicherungsperiode, in der das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen
Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden. Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.
Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzungen.

3.2 Mitwirkung
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 60 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 4 %.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor. Bei Personen ab 65 Jahren nehmen wir eine Minderung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 % vor.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die wegen Einschränkungen in ihrer körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremde Hilfe benötigen. Besonders die Menschen, die im Sinne der Pflegegrade 4 und 5 der sozialen Pflegeversicherung dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind, können nicht versichert werden.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versichert werden kann. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Den seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit für die versicherte Person gezahlten Beitrag zahlen wir zurück.

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen
Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiel: Die versicherte Person stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.

Ausnahme:
Die Ursache für die Bewusstseinsstörung ist:

- ein Herzinfarkt oder Schlaganfall
- ein epileptischer Anfall oder anderer Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift
- ein Zuckerschock
- eine ärztlich verordnete Medikamenteneinnahme
- die ungewollte Einnahme von K.O.-Tropfen
- Alkoholkonsum mit einem Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille beim Führen von Kraftfahrzeugen, unter 1,6 Promille beim Radfahren und unter 2,0 Promille bei sonstigen Unfällen
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln und Erschrecken

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden, die durch die Ursache selbst verursacht werden.

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

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

Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt; Beispiel: Gleitschirm- oder Drachenflieger
- bei militärischer Luftfahrt (Pilot und Besatzungsmitglieder, Gäste) sowie bei Kunstflügen.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:
- Unfälle der versicherten Person bei gelegentlichem Kartfahren, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrveranstaltungen nicht von Vereinen oder Verbänden organisiert werden oder dem Kartsport zuzurechnen sind.
- Unfälle der versicherten Person bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es allein um das Einhalten einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht werden

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Sie erleiden einen Unfall und lassen die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.3 Infektionen und deren Folgen.

Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf,
- mit anderen Krankheitserregern, die durch eine Beschädigung der Haut oder der Schleimhaut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch das Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper der versicherten Person gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht,
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.2),
- durch einen Insektenstich oder Tierbiss / Tierverletzung nach Ziffer 1.4.8,
- durch eine Schutzimpfung,
- Die versicherte Person erleidet einen Gesundheitsschaden in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit nach Ziffer 1.4.11.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch die Speiseröhre.

Ausnahme:
Personen bis zum 18.Geburtstag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Ausgeschlossen bleiben bei Kindern zwischen dem 10. und 18. Geburtstag Gesundheitsschäden durch Alkoholvergiftungen und Vergiftungen durch die Einnahme berauschender Mittel.

5.2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:
- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers nach einer Straftat.

Ausnahme:
Wenn ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis zu einer hirnorganischen Verletzung oder einer neu entstandenen Epilepsie geführt hat und diese die überwiegende Ursache der psychischen Störung ist.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma führt zu erheblichen Konzentrationsstörungen.

6. Was müssen Sie bei vereinbartem Tarif für Kinder, bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Umzug ins Ausland oder ab Vollendung des 60. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

6.1.1 Nach Ablauf der Versicherungsperiode (Ziffer 10.4), in der das Kind das 19. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Erwachsene um.
Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis zum Beginn der neuen Versicherungsperiode noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen und einem höheren Beitrag fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist die Gefahrengruppenzuordnung nach den für diesen Vertrag gültigen Tarifbestimmungen.

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

6.2.2 Auswirkungen der Berufsänderung
Errechnet sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibenden Versicherungssummen nach dem vereinbarten Tarif ein niedrigerer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnet sich dagegen ein höherer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf von sechs Monaten ab der Änderung. Auch der neu errechnete Beitrag gilt für berufliche und außerberufliche Unfälle. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag und erhöhten oder gesenkten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

6.3 Umzug ins Ausland
Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu benachrichtigen, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegen. In der Regel ist dies ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als sechs Monaten innerhalb eines Jahres anzunehmen.

6.4 Was passiert mit Ihrer Unfallversicherung, wenn die versicherte Person das 60. oder das 75. Lebensjahr vollendet?
Bis zum Ablauf der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen. Danach erhöht sich der Beitrag jährlich um 3 %. Ab dem Ablauf der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, erhöht sich der Beitrag jährlich um 5 %.
Der angepasste Beitrag wird ab Beginn der auf das veränderte Lebensalter folgenden Versicherungsperiode wirksam. Rechtzeitig vor Beginn der Versicherungsperiode werden wir Ihnen die Veränderungen des Beitrages mitteilen und Sie darüber informieren.
Sie können innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen.

Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.
Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über 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 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invaliditätsleistung bis zu 1 ‰ der versicherten Summe,
- bei Unfall-Rente bis zu 10 % der versicherten Monatsrente,
- bei Sofortleistung bei Schwerverletzungen bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz,
- bei Schmerzensgeld bis zu 20 Euro.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

9.3 Vorschüsse
Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse, auch wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist.
Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.
Vorschüsse für Sach-, Behandlungs- und Pflegekosten aus dem von uns oder einem von uns beauftragten Vertragspartner erbrachten Rehabilitationsmanagement nach Ziffer 2.10 gewähren wir bis zu einer Höhe von 50 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung, jedoch nicht mehr als 100.000 Euro.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf und uns längstens bis zu drei Jahren 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, zahlen wir Ihnen den Differenzbetrag. Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Vertragsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

10.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Jahres zugehen.

10.3 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 der Versicherungsperiode. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsperiode
Der Vertrag ist für den in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen. Die jeweilige Versicherungsperiode umfasst zwölf Monate und endet immer mit dem 1. des Monats, der als Vertragsablauf mit Ihnen vereinbart wurde. Die erste Versicherungsperiode kann auf Grund des gewählten Versicherungsbeginns kürzer sein.

Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Zahlungsperiode
Die jährliche Zahlungsperiode gilt als vereinbart, hierfür ist der Beitrag im Voraus zu entrichten. Wir bieten Ihnen aber an, diesen jährlichen Beitrag im Rahmen einer monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Zahlungsperiode an uns zu zahlen. Wir geben Ihnen diese Zahlungsperiode in Ihrem Versicherungsschein an.

Eine monatliche Zahlung ist nur möglich, wenn Sie uns ermächtigen, die Beiträge im Rahmen des Lastschriftverfahrens von Ihrem Konto eines inländischen Geldinstituts abzubuchen.
Geraten Sie einmalig mit der monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Zahlung in Verzug, sind wir berechtigt, den noch ausstehenden Betrag für die jährliche Zahlungsperiode von Ihnen zu verlangen. Ferner können wir für die Zukunft verlangen, dass die Zahlung der Beiträge nur im Rahmen der jährlichen Zahlungsperiode erfolgen soll.

11.1.2 Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung
Unser Anspruch auf den ersten oder einmaligen Beitrag entsteht mit dem vereinbarten Beginn des Versicherungsschutzes, frühestens jedoch mit Zugang des Versicherungsscheins.
Als Erstbeitrag gilt der erste Beitrag entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode. Ihre Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins (Widerrufsfrist) erfolgt beziehungsweise bis zu diesem Zeitpunkt von Ihrem Konto abgebucht werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen können, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, sind wir nur dann leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Entsprechendes gilt, wenn der erste oder einmalige Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll und dieser aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht abgebucht werden kann oder wenn einer berechtigten Einziehung widersprochen wird.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden jeweils zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit erfolgt.

11.3.2 Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben. Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, werden wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht gezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz,
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten. Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag zahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung beziehungsweise das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.5.2 Üben Sie Ihr Recht aus, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen, haben Sie nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Belehrung über das Widerrufsrecht, über die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.
Ist die Belehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für die erste Versicherungsperiode gezahlten Beitrag zu erstatten; dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

11.5.3 Wird das Versicherungsverhältnis unsererseits durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG beendet, weil Sie Gefahrumstände, nach denen wir vor Vertragsannahme in Textform gefragt haben, nicht angezeigt haben, so steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

11.5.4 Wird das Versicherungsverhältnis unsererseits durch Rücktritt nach § 37 Absatz 1 VVG beendet, weil der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, so steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

11.5.5 Wird das Versicherungsverhältnis unsererseits durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, so steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf der Versicherungsperiode beitragsfrei weiter, in der das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet.

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung
Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen (z. B. Ehepartner, Kinder) zustoßen (Fremdversicherung). Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist. Im Innenverhältnis zwischen Ihnen und der versicherten Person steht die Leistung der versicherten Person zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet. Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

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

13.2.1 Rücktritt
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.
Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn Sie nachweisen, dass

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass 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:
Sie weisen nach, dass die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand bezieht, 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.
Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.2.2 Kündigung
Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung
Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beziehungsweise arglistig beeinflusst worden ist. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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

14. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

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

15. Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist,
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

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

16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine Willenserklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt vier Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
Dies gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen beziehungsweise Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen beziehungsweise Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag
Stand 11.2025

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

1 Wir erhöhen die Versicherungssummen um den im Antrag genannten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt zum Beginn der Versicherungsperiode, und zwar erstmals zum Beginn der zweiten Versicherungsperiode.

2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend Euro
- für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen und für die Unfall-Rente auf volle Zehn Euro
- für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle Euro

3 Weitere Erhöhungen von Leistung und Beitrag sind ausgeschlossen, wenn
- die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung 250.000 Euro (Höchstversicherungssumme) übersteigt. Bei einer vereinbarten progressiven Invaliditätsstaffel 1.000 % gilt dies bei einer Versicherungssumme von 150.000 Euro;
- die Versicherungssumme für die Unfall-Rente 3.000 Euro übersteigt.

Sind bei Vertragsabschluss die oben genannten Höchstversicherungssummen bereits vereinbart, ist eine Erhöhung von vornherein ausgeschlossen.

4 Die Versicherungssummen für die Leistungsarten
- ambulante Operationen (im Rahmen der Leistungsart Krankenhaustagegeld),
- Schmerzensgeld,
- Bergungskosten,
- kosmetische Operationen,
- Pauschale Rehabilitationsbeihilfe,
- Individuelle Rehabilitationsmaßnahmen,
- Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch,
- Waisenschutz,
- Kinder Krankheitsschutz,
- Rooming-In-Leistungen,
- Schulausfallgeld

nehmen an der Erhöhung nicht teil.

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

6 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

7 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

8 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) spätestens drei Monate vor Ablauf der Versicherungsperiode erfolgen.

9 Die Erhöhung von Summen und Beitrag endet mit der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %
Stand 02.2002

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart.
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %
1	1	26	27	51	78	76	153
2	2	27	29	52	81	77	156
3	3	28	31	53	84	78	159
4	4	29	33	54	87	79	162
5	5	30	35	55	90	80	165
6	6	31	37	56	93	81	168
7	7	32	39	57	96	82	171
8	8	33	41	58	99	83	174
9	9	34	43	59	102	84	177
10	10	35	45	60	105	85	180
11	11	36	47	61	108	86	183
12	12	37	49	62	111	87	186
13	13	38	51	63	114	88	189
14	14	39	53	64	117	89	192
15	15	40	55	65	120	90	195
16	16	41	57	66	123	91	198
17	17	42	59	67	126	92	201
18	18	43	61	68	129	93	204
19	19	44	63	69	132	94	207
20	20	45	65	70	135	95	210
21	21	46	67	71	138	96	213
22	22	47	69	72	141	97	216
23	23	48	71	73	144	98	219
24	24	49	73	74	147	99	222
25	25	50	75	75	150	100	225

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 400 %
Stand 05.2009

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart.
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 10 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %
1	1	26	28	51	104	76	204
2	2	27	31	52	108	77	208
3	3	28	34	53	112	78	212
4	4	29	37	54	116	79	216
5	5	30	40	55	120	80	220
6	6	31	43	56	124	81	224
7	7	32	46	57	128	82	228
8	8	33	49	58	132	83	232
9	9	34	52	59	136	84	236
10	10	35	55	60	140	85	240
11	11	36	58	61	144	86	244
12	12	37	61	62	148	87	248
13	13	38	64	63	152	88	252
14	14	39	67	64	156	89	256
15	15	40	70	65	160	90	260
16	16	41	73	66	164	91	274
17	17	42	76	67	168	92	288
18	18	43	79	68	172	93	302
19	19	44	82	69	176	94	316
20	20	45	85	70	180	95	330
21	21	46	88	71	184	96	344
22	22	47	91	72	188	97	358
23	23	48	94	73	192	98	372
24	24	49	97	74	196	99	386
25	25	50	100	75	200	100	400

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 600 %
Stand 11.2025

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart.
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 3 % aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 4 % aus der Versicherungssumme.

3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %
1	1	26	29	51	133	76	336
2	2	27	33	52	141	77	347
3	3	28	37	53	149	78	358
4	4	29	41	54	157	79	369
5	5	30	45	55	165	80	380
6	6	31	49	56	173	81	391
7	7	32	53	57	181	82	402
8	8	33	57	58	189	83	413
9	9	34	61	59	197	84	424
10	10	35	65	60	205	85	435
11	11	36	69	61	213	86	446
12	12	37	73	62	221	87	457
13	13	38	77	63	229	88	468
14	14	39	81	64	237	89	479
15	15	40	85	65	245	90	490
16	16	41	89	66	253	91	501
17	17	42	93	67	261	92	512
18	18	43	97	68	269	93	523
19	19	44	101	69	277	94	534
20	20	45	105	70	285	95	545
21	21	46	109	71	293	96	556
22	22	47	113	72	301	97	567
23	23	48	117	73	309	98	578
24	24	49	121	74	317	99	589
25	25	50	125	75	325	100	600

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 1.000 %
Stand 05.2019

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart.
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 % aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %
1	1	26	30	51	167	76	592
2	2	27	35	52	184	77	609
3	3	28	40	53	201	78	626
4	4	29	45	54	218	79	643
5	5	30	50	55	235	80	660
6	6	31	55	56	252	81	677
7	7	32	60	57	269	82	694
8	8	33	65	58	286	83	711
9	9	34	70	59	303	84	728
10	10	35	75	60	320	85	745
11	11	36	80	61	337	86	762
12	12	37	85	62	354	87	779
13	13	38	90	63	371	88	796
14	14	39	95	64	388	89	813
15	15	40	100	65	405	90	830
16	16	41	105	66	422	91	847
17	17	42	110	67	439	92	864
18	18	43	115	68	456	93	881
19	19	44	120	69	473	94	898
20	20	45	125	70	490	95	915
21	21	46	130	71	507	96	932
22	22	47	135	72	524	97	949
23	23	48	140	73	541	98	966
24	24	49	145	74	558	99	983
25	25	50	150	75	575	100	1.000

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel Plus
Stand 05.2019

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart.
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

2 Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % zahlen wir das 6-fache der vereinbarten Versicherungssumme.

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

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Vers.-Summe in %
1	1	26	28	51	600	76	600
2	2	27	31	52	600	77	600
3	3	28	34	53	600	78	600
4	4	29	37	54	600	79	600
5	5	30	40	55	600	80	600
6	6	31	43	56	600	81	600
7	7	32	46	57	600	82	600
8	8	33	49	58	600	83	600
9	9	34	52	59	600	84	600
10	10	35	55	60	600	85	600
11	11	36	58	61	600	86	600
12	12	37	61	62	600	87	600
13	13	38	64	63	600	88	600
14	14	39	67	64	600	89	600
15	15	40	70	65	600	90	600
16	16	41	73	66	600	91	600
17	17	42	76	67	600	92	600
18	18	43	79	68	600	93	600
19	19	44	82	69	600	94	600
20	20	45	85	70	600	95	600
21	21	46	88	71	600	96	600
22	22	47	91	72	600	97	600
23	23	48	94	73	600	98	600
24	24	49	97	74	600	99	600
25	25	50	600	75	600	100	600

Besondere Bedingungen
Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe
Stand 01.2008

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) vereinbart.

1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

• Arm oder Hand	100 %
• Daumen oder Zeigefinger	60 %
• anderer Finger	20 %
• Bein oder Fuß	70 %
• große Zehe	8 %
• andere Zehe	3 %
• Auge	80 %
• Gehör auf beiden Ohren	70 %

2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung Plus
Stand 11.2025

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Plus-Paket vereinbart. Die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) werden wie folgt ergänzt:

1. Telefonische Heilverfahrensunterstützung

1.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 15 % führt; dieser wird durch uns nach den aktuellen medizinischen Diagnosen und den Einschätzungsempfehlungen für die private Unfallversicherung oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 AUB und Ziffer 3 AUB ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziffer 1.2 dieser Besonderen Bedingungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

1.2 Umfang der Leistung
Wir übernehmen die Kosten der telefonischen Unterstützung für eine ein optimales Heilverfahren.
Dabei wird geprüft, ob die Heilbehandlung normal verläuft oder es zu Unregelmäßigkeiten kommt. Bei Unregelmäßigkeiten erfolgt eine individuelle ärztliche Analyse und Unterstützung. Diese beinhaltet je nach Bedarf Befundeinholungen, Arzt-Arzt-Gespräche, eine aktive Heilverfahrensbegleitung bis hin zur Überleitung in unser Rehabilitationsmanagement.
Die Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die Leistungen auswählen.

2. Pauschale Rehabilitationsbeihilfe

2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einem zertifizierten Rehabilitationszentrum oder einer Rehabilitationsklinik der gesetzlichen Sozialversicherungsträger von mindestens drei Wochen durchgeführt.
Die Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall durchgeführt werden.

2.2 Umfang der Leistung
Wir zahlen die pauschale Rehabilitationsbeihilfe in Höhe von 1.000 Euro einmal je Unfallereignis.

3. Individuelle Rehabilitationsmaßnahmen

Werden im Rahmen der unfallbedingten Rehabilitation Anwendungen oder Therapien von Ihren behandelnden Ärzten oder uns beziehungsweise unseren Rehabilitationsdienstleistern als medizinisch sinnvoll erachtet oder verordnet und werden die Kosten hierfür nicht von Dritten (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) übernommen, erstatten wir nachgewiesene Kosten hierfür bis zu einer Höhe von 1.000 Euro je Unfallereignis. Nicht versichert sind Eigenanteile oder Selbstbehalte.

4. Rehabilitationsmanagement mit separater Versicherungssumme

Abweichend von Ziffer 2.10.3 verrechnen wir die entstandenen und nachgewiesenen Sach,-Behandlungs- und Pflegekosten bis zu 100.000 EUR nicht mit der Invaliditätsleistung. Ebenfalls sind diese Kosten im Plus-Paket bis zur Grenze von 100.000 EUR nicht auf 50 % der zu erwartenden Invaliditätsleistung begrenzt.

5. Verbesserte Bedingungen

Abweichend von Ziffer 3.2.2 der AUB nehmen wir bei einem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen von weniger als 75 % keine Minderung vor.
Bei Personen ab 65 Jahren nehmen wir eine Minderung ab einem Mitwirkungsanteil von 50 % vor.

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.3 der AUB 11.2025 gilt für unfallbedingte Augenverletzungen folgende Vereinbarung: Wurde vor dem Unfall die volle Sehkraft auf einem Auge nur mit einer Brille oder Kontaktlinse erreicht, verzichten wir auf die Anrechnung einer Vorinvalidität für das Tragen der Sehhilfe.

6. Psychologische Erstbetreuung

6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person oder ein mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Familienangehöriger benötigt innerhalb von sechs Monaten wegen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls einer versicherten Person psychologische Erstbetreuung.

6.2 Umfang der Leistung
Wir vermitteln Ihnen die nachfolgend beschriebenen Leistungen und übernehmen die Kosten hierfür.

6.2.1 Psychologische Beratung
Wir vermitteln Ihnen eine erste telefonische Beratung bei einem Psychologen. Sofern nach dessen Einschätzung eine persönliche psychologische Beratung (Krisenintervention) erforderlich ist, können Sie mit dem Psychologen einen entsprechenden Termin vereinbaren.
Darüber hinaus können Sie innerhalb von drei Monaten nach der persönlichen psychologischen Beratung über eine Notfallnummer weitere telefonische Beratungen in Anspruch nehmen.

6.2.2 Unterstützung bei der Suche nach einer längerfristigen Behandlung
Stellt sich im Rahmen der psychologischen Beratung heraus, dass Sie eine längerfristige Behandlung benötigen, unterstützen wir Sie auf Wunsch bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten.

6.3 Vertraulichkeit
Die Leistungen nach den Ziffern 6.2.1 und 6.2.2 werden von einem von uns beauftragten Vertragspartner erbracht. Dieser teilt uns im Leistungsfall mit, in welchem Umfang er für Sie Leistungen erbracht hat, damit wir die Kosten hierfür übernehmen können. Wir erhalten jedoch weder Informationen über Inhalte der Telefonate oder Beratungen noch über etwaige Diagnosen.

7. Schmerzensgeld Plus

Abweichend von Ziffer 2.7 der AUB gilt:

7.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat unfallbedingt
- einen bestimmten vollständigen Knochenbruch erlitten,
- eine Verbrennung 2. oder 3. Grades erlitten,
- eine vollständige Zerreißung von Kreuzband oder Achillessehne oder eine Schultereckgelenksprengung Tossy 3 erlitten.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Zerreißung anderer Bänder oder Sehnen, des Meniskus oder der Bandscheiben.

7.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen das Schmerzensgeld einmalig je Unfallereignis. Führt ein Unfall zu mehreren Verletzungen im Sinne von Ziffer 7.1, zahlen wir das Schmerzensgeld für jede dieser Verletzungen. Höchstens zahlen wir jedoch bis zu insgesamt 3.000 Euro für alle Verletzungen zusammen.
Das Schmerzensgeld zahlen wir in folgender Höhe (Angaben in Euro):

Knochenbrüche

• Schädeldach, Schädelbasis mit Schädelhirntrauma 2. oder 3. Grades	3.000
• Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- (z. B. Oberschenkelhals), Kniegelenk	3.000
• Weber-C-Sprunggelenkfraktur	3.000
• Schädeldach, Schädelbasis ohne Schädelhirntrauma 2. oder 3. Grades	1.500
• Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	1.500
• Je Arm, Hand, Bein, Fuß, Sprunggelenk (Weber-C-Fraktur s. o.)	1.500
• Gesichtsschädel, Kiefergelenk	1.500
• Schulterblatt, Brustbein	1.500
• sonstige Gelenke	500
• Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Becken (Darm-, Kreuz-, Scharm-, Sitz-, Hüftbein)	500
• Finger oder mehrere Finger, Zehe oder mehrere Zehen	500

Verbrennungen

• 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	1.500
• 3. Grades von 5 % bis 9 % der Körperoberfläche	500
• 2. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	500

Andere Verletzungen

• Kreuzbandriss, Achillessehnenriss, Schultereckgelenksprengung Tossy 3	500

Besondere Bedingungen
Beitragsfreie Familien-Vorsorgeversicherung
Stand 11.2025

Wir bieten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige (leibliche neugeborene Kinder, adoptierte Kinder und Ehepartner) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1. Voraussetzungen für die Leistung

Sie heiraten, Sie bekommen leibliche Kinder oder adoptieren Kinder.
Sie erhalten dann den Vorsorgeschutz für den Ehegatten, die neugeborenen oder adoptierten Kinder, sofern diese nicht bereits bei uns unfallversichert sind.

2. Art, Höhe und Dauer der Leistung

- Ihr Ehegatte ist ab dem Tag der Heirat für 12 Monate mit den Versicherungssummen, die auch für Sie gelten, versichert. Zählen Sie nicht zu den versicherten Personen dieses Vertrages, besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Familienvorsorge.
- Ihre hinzukommenden leiblichen oder adoptierten Kinder sind ab dem Tag der Geburt oder Adoption für 12 Monate mit den gleichen Versicherungssummen, die für das in diesem Vertrag zuerst aufgeführte Kind gelten, versichert. Ist bisher kein Kind in diesem Vertrag versichert, gelten die Versicherungssummen des ersten in diesem Vertrag aufgeführten Elternteils. Ist kein Elternteil in diesem Vertrag versichert, besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Familienvorsorge.

Die Versicherungssummen werden für folgende Leistungsarten wie folgt begrenzt (Angaben in Euro):

• Invaliditätsleistung	150.000
• Sofortleistung bei Schwerverletzung	50.000
• Unfall-Rente	2.000
• Todesfallleistung	150.000
• Krankenhaustagegeld	75

Von der beitragsfreien Familienvorsorge ausgeschlossen ist die Leistungsart Tagegeld und Kinder Krankheitsschutz. Unberücksichtigt bleiben zu Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) abweichende Gliedertaxen.
Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Familien-Vorsorgeversicherung, können Sie Leistungen für hinzukommende Personen nur aus einem dieser Verträge verlangen.
Der Vorsorgeschutz endet, sobald für die im Rahmen der Familienvorsorge versicherte Person eine Unfallversicherung bei uns abgeschlossen wird, und zwar mit Beginn dieser Versicherung.

3. Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen an einer für den Vertrag vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen Mehrpersonennachlass

Stand 11.2025

Sie haben mit uns einen Unfallversicherungsvertrag geschlossen, in dem mehrere Personen versichert sind. Der vereinbarte Versicherungsbeitrag enthält ab zwei Personen einen Nachlass von 5 % und ab drei Personen einen Nachlass von 10 %.
Scheidet eine versicherte Person aus, reduziert sich beziehungsweise entfällt der Mehrpersonennachlass entsprechend ab dem Datum des Ausscheidens.
Der Entfall des Mehrpersonennachlasses berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Junge Leute

Stand 11.2025

Versicherte Personen erhalten bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres einen „Junge-Leute-Nachlass“ von 20 %. Mit dem Beginn des auf die Vollendung des 26. Lebensjahres folgenden Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) entfällt der „Junge-Leute-Nachlass“. Der Entfall des „Junge-Leute-Nachlasses“ berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen Berechtigte des Tarifs „Öffentlicher Dienst“

Stand 11.2025

Dieser Tarif gilt für den Personenkreis, der gemäß den Annahmerichtlinien für den Tarif „Öffentlicher Dienst“ (ÖD) berechtigter Versicherungsnehmer ist und für einen darüber hinausgehenden fest definierten Berechtigtenkreis.

Erweiterter Berechtigtenkreis für ÖD:

- ÖD-Berechtigte im Ruhestand. Als Ruheständler gilt, wer nach Erreichen der Altersgrenze oder durch Vorruhestand ausgeschieden ist oder wer vorher wegen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr aktiv arbeitet.
- Nicht erwerbstätige versorgungsberechtigte Witwen / Witwer und Hinterbliebene eingetragene Lebenspartner eines ÖD-Berechtigten.

ÖD-Berechtigung als versicherte Personen ist auch im Vertrag des Versicherungsnehmers mit ÖD-Berechtigung gegeben für:

- Ehegatten
- eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Lebensgefährten, wenn dieser und der Versicherungsnehmer unverheiratet sind und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben und der Lebensgefährte unter der Anschrift des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist

ÖD-Berechtigung als versicherten Person ohne ÖD-Berechtigung des Versicherungsnehmers

Dieser Tarif gilt auch für Personen, die aufgrund ihrer eigenen Berufszugehörigkeit ÖD-berechtigt sind.

Entfall des ÖD-Tarifs

Die Konditionen des Öffentlichen-Dienst-Tarifs entfallen, wenn die Voraussetzungen für die Einräumung nicht mehr vorliegen. Der Übergang in den Ruhe- beziehungsweise Vorruhestand und die vorzeitige Beendigung der aktiven Arbeitszeit wegen Arbeitsunfähigkeit gilt nicht als Ausscheiden. Ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode sind wir berechtigt, die Beiträge nach den allgemein gültigen Normaltarifen zu berechnen.
Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch für die ÖD-Berechtigung der versicherten Personen.
Der Entfall des ÖD-Nachlasses berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherung nach dem Finanzdienstleistungstarif (FDT)

Stand 11.2025

Dieser Tarif gilt für den Personenkreis, der für ein Finanzdienstleistungsunternehmen tätig ist und für einen darüber hinausgehenden fest definierten Berechtigtenkreis.

Finanzdienstleistungsunternehmen im Sinne der Besonderen Bedingung sind:

- Versicherungen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes (nicht gesetzliche Sozialversicherungen),
- Kreditinstitute (Sparkassen und Unternehmen, die nach dem Gesetz über das Kreditwesen die Bezeichnung „Bank“ führen dürfen, auch Bausparkassen)
- Serviceunternehmen, die ausschließlich Dienstleistungen für Versicherungen nach Ziffer 1 erbringen (z. B. Informationstechnologie-Gesellschaften, Asset-Management-Gesellschaften)
- Serviceunternehmen, die ausschließlich Dienstleistungen für Kreditinstitute nach Ziffer 2 erbringen (z. B. Sparkassen Informatik)

Tätigkeit für ein Finanzdienstleistungsunternehmen ist gegeben für

- festangestellte Mitarbeiter inklusive Auszubildende
- selbstständige Handelsvertreter und deren festangestellte Mitarbeiter
- Versicherungsmakler und Mehrfachagenten für Versicherungen und deren festangestellte Mitarbeiter
- Werkstudenten, duale Studenten und Aushilfen mit einem Zeitvertrag von mindestens einem Jahr.

Der FDT gilt nicht für geringfügig entlohnte Beschäftigte.

Erweiterter Berechtigtenkreis für FDT:

- FDT-Berechtigte im Ruhestand. Als Ruheständler gilt, wer nach Erreichen der Altersgrenze oder durch Vorruhestand ausgeschieden ist oder wer vorher wegen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr aktiv arbeitet.
- Nicht erwerbstätige versorgungsberechtigte Witwen / Witwer und hinterbliebene eingetragene Lebenspartner eines FDT-Berechtigten

FDT-Berechtigung als versicherte Personen ist auch im Vertrag des Versicherungsnehmers mit FDT-Berechtigung gegeben für:

- Ehegatten
- eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Lebensgefährten, wenn dieser und der Versicherungsnehmer unverheiratet sind und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben und der Lebensgefährte unter der Anschrift des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist
- minderjährige Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des mitversicherten Lebenspartners beziehungsweise Lebensgefährten)

- volljährige unverheiratete und selber nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebende Kinder längstens bis zum Ende der Versicherungsperiode, in der sie das 26. Lebensjahr vollenden und sich währenddessen
  - in Schul- oder einer sich innerhalb von zwölf Monaten anschließenden Berufsausbildung (berufliche Erstausbildung – Lehre oder Studium – inklusive fachpraktischer Unterricht und Betriebspraktika für eine Dauer von bis zu sechs Monaten, nicht Referendarzeit, Fortbildungsmaßnahmen und dergleichen) oder in einer sich innerhalb von zwölf Monaten anschließenden zweiten Ausbildung (Lehre oder Studium) befinden
  - in freiwilligem Wehrdienst bis zu 23 Monaten, Bundesfreiwilligendienst, einem freiwilligen sozialen Jahr vor, während oder im Anschluss an die Berufsausbildung befinden
- Kinder, solange ein Vormundschaftsgericht auf Grund einer Behinderung die Betreuung angeordnet hat und sie im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben

Voraussetzung für die Gewährung des FDT ist die Genehmigung zur Abbuchung der Beiträge (Lastschriftverfahren).

FDT-Berechtigung als versicherte Person ohne FDT-Berechtigung des Versicherungsnehmers

Dieser Tarif gilt auch für Personen, die aufgrund ihrer eigenen Berufszugehörigkeit FDT-berechtigt sind.

Entfall des FDT

Die Konditionen des FDT entfallen, wenn die Voraussetzungen für die Einräumung nicht mehr vorliegen.
Der Übergang in den Ruhe- beziehungsweise Vorruhestand und die vorzeitige Beendigung der aktiven Arbeitszeit wegen Arbeitsunfähigeit gelten nicht als Ausscheiden.
Ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode sind wir berechtigt, die Beiträge nach den allgemein gültigen Normaltarifen zu berechnen.
Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch für die FDT-Berechtigung der versicherten Personen.
Der Entfall des „FDT-Nachlasses“ berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherungsverträge auf Grund des Rahmenabkommens mit dem Westfälisch-Lippischen Landwirtschaftsverband e. V. (WLV)

Stand 11.2025

Dieser Tarif gilt für Versicherungsnehmer, die Mitglied des WLV oder Arbeitnehmer des WLV oder seiner Tochtergesellschaften sind und für einen darüber hinausgehenden fest definierten Berechtigtenkreis.

WLV-Berechtigung als versicherte Personen ist auch im Vertrag des Versicherungsnehmers mit WLV-Berechtigung gegeben für:

- Ehegatten
- eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Lebensgefährten, wenn dieser und der Versicherungsnehmer unverheiratet sind und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben und der Lebensgefährte unter der Anschrift des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist
- minderjährige Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des mitversicherten Lebenspartners beziehungsweise Lebensgefährten)

WLV-Berechtigung als versicherte Person ohne WLV-Berechtigung des Versicherungsnehmers

Dieser Tarif gilt auch für Personen, die aufgrund ihrer eigenen Mitgliedschaft oder Berufstätigkeit WLV- berechtigt sind.

Entfall des WLV-Tarifs
Die Konditionen des WLV-Tarifs entfallen, wenn die Voraussetzungen für die Einräumung nicht mehr vorliegen. Ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode sind wir berechtigt, die Beiträge nach den allgemein gültigen Normaltarifen zu berechnen.
Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch für die WLV-Berechtigung der versicherten Personen.
Der Entfall des „WLV-Nachlasses“ berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen
Unfallversicherungsverträge auf Grund des Rahmenabkommens mit dem Verband Wohneigentum NRW (VWNRW) oder dem IFE Interessenverband Familie und Eigentum e. V. (IFE)

Stand 11.2025

Dieser Tarif gilt für Versicherungsnehmer, die Mitglied des VWNRW / IFE sind und für einen darüber hinausgehenden fest definierten Berechtigtenkreis.

VWNRW- / IFE-Berechtigung als versicherte Personen ist auch im Vertrag des Versicherungsnehmers mit VWNRW- / IFE-Berechtigung gegeben für:

- Ehegatten
- eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Lebensgefährten, wenn dieser und der Versicherungsnehmer unverheiratet sind und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben und der Lebensgefährte unter der Anschrift des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist
- minderjährige Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des mitversicherten Lebenspartners beziehungsweise Lebensgefährten)

VWNRW- / IFE-Berechtigung als versicherte Person ohne VWNRW- / IFE-Berechtigung des Versicherungsnehmers

Dieser Tarif gilt auch für Personen, die aufgrund ihrer eigenen Mitgliedschaft VWNRW-/ IFE-berechtigt sind.

Entfall des VWNRW- / IFE-Tarifs
Die Konditionen des VWNRW- / IFE-Tarifs entfallen, wenn die Voraussetzungen für die Einräumung nicht mehr vorliegen. Ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode sind wir berechtigt, die Beiträge nach den allgemein gültigen Normaltarifen zu berechnen.
Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch für die VWNRW- / IFE-Berechtigung der versicherten Personen.
Der Entfall des „VWNRW- beziehungsweise IFE-Nachlasses“ berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Besondere Bedingungen
Berechtigte des Tarifs „Unternehmer“
Stand 11.2025

Dieser Tarif gilt für Versicherungsnehmer, die selbstständige Unternehmer sind und für einen darüber hinausgehenden fest definierten Berechtigtenkreis.

Unternehmer-Berechtigung als versicherte Personen ist auch im Vertrag des Versicherungsnehmers mit Unternehmer-Berechtigung gegeben für:

- Ehegatten
- eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Lebensgefährten, wenn dieser und der Versicherungsnehmer unverheiratet sind und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben und der Lebensgefährte unter der Anschrift des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist
- minderjährige Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des mitversicherten Lebenspartners beziehungsweise Lebensgefährten)

Unternehmer-Berechtigung als versicherte Person ohne Unternehmer-Berechtigung des Versicherungsnehmers

Dieser Tarif gilt auch für Personen, die aufgrund ihrer eigenen Tätigkeit Unternehmer-berechtigt sind.

Entfall des Unternehmer-Tarifs

Die Konditionen des Unternehmer-Tarifs entfallen, wenn die Voraussetzungen für die Einräumung nicht mehr vorliegen. Ab Beginn der nächsten Versicherungsperoide sind wir berechtigt, die Beiträge nach den allgemein gültigen Normaltarifen zu berechnen.
Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch für die Unternehmer-Berechtigung der versicherten Personen.
Der Entfall des „Unternehmer-Nachlasses“ berechtigt nicht zur vorzeitigen Kündigung des Vertrages.

Maklerklausel
Stand 05.2019

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervertrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.

Zusatzbedingungen Gruppen-Unfallversicherung

Stand 11.2025

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1. Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Wir werden Sie am Ende einer jeden Versicherungsperiode auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Auf Grund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für die kommende Versicherungsperiode und Sie erhalten von uns eine entsprechende Beitragsrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2. Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Tätigkeit und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Tätigkeit oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, an dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3. Unbekannter Kumul

Werden mehrere versicherte Personen von dem gleichen Schadenereignis betroffen und überschreitet die Versicherungsleistung aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt 25.000.000 Euro, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die von dem gleichen Schadenereignis betroffen wurden. Die auf die Einzelpersonen entfallenden Versicherungsleistungen ermäßigen sich im Verhältnis des Gesamtschadens zu unserer Maximalleistung von 25.000.000 Euro.

4. Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AUB)

4.1 Wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

4.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

4.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Versicherungsumfang
Bauhelfer
Stand 05.2019

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle von Bauhelfern. Die Bauhelfer sind während ihrer Tätigkeit für den Bauherrn auf dem im Antrag beziehungsweise im Versicherungsschein angegebenen Baugrundstück versichert. Unfälle auf den Wegen von und zum Baugrundstück fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Sind bei namenloser Versicherung mehr Personen auf dem Grundstück tätig als der Beitragsberechnung zugrunde liegen, bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach den im Verhältnis des erforderlichen zu dem bezahlten Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.
Die Versicherung erlischt mit der Beendigung des Bauvorhabens, spätestens mit dem im Versicherungsschein angegebenen Ablauf.

Versichert sind die auf dem Bau des Versicherungsnehmers tätigen Bauhelfer. Bauhelfer sind Personen, die für den Bauherrn auf dem Bau nebenberuflich, also nicht in einem Beschäftigungsverhältnis für einen selbstständigen Unternehmer, tätig werden. Der Versicherungsnehmer und seine mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen sind nicht versichert.

Versicherungsumfang
Personen im Gefahrenbereich des Schießstandes
Stand 05.2019

Die Versicherung erstreckt sich auf Unfälle von Personen, die sich anlässlich des Schießens berechtigterweise im Gefahrenbereich des Schießstandes aufhalten. Die Versicherungssummen von 100.000 Euro für die Invaliditätsleistung beziehungsweise 10.000 Euro für die Todesfallleistung stehen für den vorgenannten Personenkreis pro Person zur Verfügung.