

VERBRAUCHER- INFORMATIONEN

NUMMER UVN 0617

UNFALL

VERTRAGSINFORMATIONEN / PRODUKTÜBERSICHT /
SERVICEUNTERLAGEN / BEDINGUNGEN / TARIFBESTIMMUNGEN /
DATENSCHUTZHINWEISE

STAND 06/2017

Inhaltsverzeichnis und Präambel

Seite(n)

Diese Verbraucherinformation beinhaltet folgende Bedingungswerke:
(Es gelten nur die im Versicherungsschein aufgeführten Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, für die Versicherungsschutz vereinbart wurde.)

Allgemeine Vertragsinformationen	3–4
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	5
Schnelle Hilfe – wann immer Sie sie brauchen	6
Produktübersicht Unfall	7–8
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung KLASSIK-GARANT 2015	9–33
Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV 2015 zur Unfallversicherung	34–39
Zusatzbedingungen für den Baustein EASY CARE 2017	40–43
Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Luftfahrtunfällen 2015	44
Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Mediziner und Heilberufe 2015	45
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)	46
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)	47
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)	48
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 3 % (Modell 2)	49
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 % (Modell 3)	50
Allgemeine Tarifbestimmungen Unfall	51–54
Datenschutzhinweise	55

Allgemeine Vertragsinformationen

gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

1. Identität des Versicherers

VHV Allgemeine Versicherung AG
Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Hannover
Registernummer HRB 57331
USt-IdNr. DE 815 099 837
Postanschrift 30138 Hannover
Hausanschrift und
Sitz der Gesellschaft VHV-Platz 1
30177 Hannover
(ladungsfähige Anschrift)
Vorstand: Thomas Voigt (Sprecher),
Dr. Per-Johan Horgby,
Dr. Angelo O. Rohlfs, Dietrich Werner
Vorsitzender
des Aufsichtsrates Uwe H. Reuter

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die VHV Allgemeine Versicherung AG betreibt das Versicherungsgeschäft in den folgenden Versicherungssparten:

- Kraftfahrtversicherung,
- Allgemeine Haftpflichtversicherung,
- Sachversicherung inkl. Technische Versicherung,
- Unfallversicherung,
- Kautionsversicherung.

3. Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen

Für das Versicherungsverhältnis zwischen Ihnen und uns gelten der Antrag, die gesetzlichen Bestimmungen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die für die einzelnen Versicherungsarten geltenden Besonderen Bedingungen, Zusatzbedingungen, Tarifbestimmungen und Sondervereinbarungen.

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen.

5. Gesamtpreis der Versicherung

Die Höhe der Einzelbeiträge, der zu entrichtende Gesamtbeitrag einschließlich der gesetzlichen Versicherungsteuer und der Zeitraum, für den der Beitrag zu zahlen ist, sind im Antrag und im Versicherungsschein ausgewiesen.

6. Zusätzliche Kosten

Bei Beitragsrückständen berechnen wir Mahnkosten; bei Rückläufern im Lastschriftverfahren behalten wir uns vor, Ihnen die Bankgebühren in Rechnung zu stellen. Weitere Gebühren oder Kosten, z.B. für die Antragsbearbeitung werden nicht erhoben. Falls besondere Kosten für Telekommunikationsgebühren anfallen, die über die normalen Telefonkosten hinausgehen, werden diese bei der jeweiligen Telefonnummer angegeben.

7. Beitragszahlung

Die Beiträge sind zum jeweiligen Fälligkeitstermin zu zahlen. Diese Termine, die Zahlungsart und die Zahlungsweise können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

8. Gültigkeitsdauer des Angebots

Den Ihnen überreichten Angebots- und Antragsunterlagen liegen die Beiträge, Versicherungsleistungen, Versicherungs-

bedingungen und Verbraucherinformationen zugrunde, die zum Zeitpunkt der Aushändigung gelten.

9. Zustandekommen des Vertrags

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmende Vertragserklärung (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Im Fall von Abweichungen von Ihrem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen sind diese – einschließlich Belehrung und Hinweisen auf die damit verbundenen Rechtsfolgen – in Ihrem Versicherungsschein gesondert aufgeführt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Der Versicherungsschutz kann (weil z. B. noch Einzelheiten der Vertragsgestaltung zu klären sind) auch aufgrund einer vorläufigen Deckungszusage in Kraft treten. Diese ist zunächst ein eigenständiger Versicherungsvertrag, der insbesondere nach endgültigem Abschluss der Vertragsverhandlungen oder Vorlage des Versicherungsscheins über den endgültigen Versicherungsschutz endet.

10. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

VHV Allgemeine Versicherung AG, 30138 Hannover
Fax: 0511.907-89 99, E-Mail: service@vhv.de

11. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat \times $\frac{1}{360}$ des Jahresbeitrags bzw. $\frac{1}{30}$ des Monatsbeitrags

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der

Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

12. Laufzeit des Vertrags

Die Versicherungsdauer beträgt in der Regel mindestens ein Jahr. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres verlängert sich der jeweilige Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Etwaige Besonderheiten ergeben sich aus dem Antrag oder dem Versicherungsschein.

13. Beendigung des Vertrags

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

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr und bei Verträgen, die von vornherein einen festen Endtermin vorsehen, endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Im Übrigen besteht ein Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

- für den Versicherer und den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall,
- für den Versicherer bei Nichtzahlung der Folgeprämie,
- für den Versicherungsnehmer bei Beitragserhöhung.

Einzelheiten können Sie den nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Bedingungen entnehmen. Gesetzliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

14. Anzuwendendes Recht, zuständiges Gericht

Auf den Vertrag und die vorvertraglichen Beziehungen ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar.

Der allgemeine Gerichtsstand für Klagen gegen uns ist Hannover. Als natürliche Person können Sie aber auch an dem Gericht klagen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren festen Wohnsitz haben oder, in Ermangelung eines solchen, Ihr gewöhnlicher Wohnsitz liegt.

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, bestimmt sich abweichend von vorgenannter Regelung die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz.

15. Anzuwendende Sprache

Die Vertragsbedingungen und Informationen teilen wir in deutscher Sprache mit; während der Laufzeit dieses Vertrags kommunizieren wir mit Ihnen in deutscher Sprache.

16. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die VHV Allgemeine Versicherung AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sollten Sie als Verbraucher im Verlauf des Vertragsverhältnisses mit einer unserer Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann als neutralen Schlichter zu kontaktieren. Für uns als Versicherer ist dessen Entscheidung bei einem Streitwert bis zu 10.000 Euro verbindlich. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

17. Aufsichtsbehörde

Sind Sie mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
Tel.: 0228 4108-0
Fax: 0228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

18. Hinweis für bestehende Verträge

Wenn der Vertrag vor dem 18. November 2005 abgeschlossen wurde, gilt die Mitgliedschaft in der VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a. G. fort.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VHV Allgemeine Versicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrum-

stände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Schnelle Hilfe – wann immer Sie sie brauchen

Wenn Sie bei uns eine Unfallversicherung abgeschlossen haben, steht Ihnen der VHV Unfall-Service zur Verfügung. Dieser kostenlose Service ist Bestandteil Ihrer Versicherung. Was auch immer passiert, über die telefonische VHV Hotline organisieren wir Ihnen sofort schnelle Hilfe. Zu jeder Tages- und Nachtzeit, auch an Wochenenden und Feiertagen.

Die 24-Stunden-VHV-Service-Hotline bietet viele Vorteile. **Hier nur einige Beispiele:**

- Sie haben einen Unfall und benötigen den Namen und die Anschrift des nächstgelegenen Facharztes oder des Krankenhauses. Wir beschaffen Ihnen diese Informationen, natürlich auch im Ausland.
- Wir sorgen für eine Gesprächsvermittlung zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Spezialisten bzw. Krankenhausarzt.
- Wir organisieren für Sie – auch bei Unfällen im Ausland – einen ggf. notwendigen Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zur nächsten Spezialklinik.
- Sie bekommen vor Reiseantritt alle notwendigen medizinischen Auskünfte für Ihr Reiseziel.
- Wir organisieren ggf. einen Such-, Rettungs- oder Bergungseinsatz.

Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen weiter. **Ihre 24-Stunden-Hotline-Nummer: 0221 8277-9811**

Von Experten versichert.

PRODUKTÜBERSICHT UNFALL

	KLASSIK-GARANT
LEISTUNGS-UPDATE-GARANTIE	●
Invaliditätsleistung	
Invaliditätsleistung und/oder lebenslange Unfallrente inklusive Sofortleistung für Schwerverletzte bis 10.000 Euro und NEU Vorschusszahlung bei Invalidität	●
NEU KLASSIK-GARANT ohne Gesundheitsprüfung	●
Dynamische Leistungsanpassung (NEU 3 %, 5 %), Progressionsstaffeln (225 %, 350 %, 500 %)	○
Kosmetische Operationen und Reha	
Kosmetische Operationen, inklusive Ersatz aller natürlichen Zähne bis 30.000 Euro	●
Reha-Tagegeld 30 Euro pro Tag, max. 3.000 Euro	●
Reha-Management/Umschulungsmaßnahme bis 20 % der Invaliditätssumme, max. 10.000 Euro	●
Behindertengerechter Umbau von Haus, Wohnung oder Kfz bis 20 % Invaliditätssumme, max. 10.000 Euro	●
Physiotherapie und Osteopathie bis 500 Euro	●
Erweiterter Unfallbegriff (Auszug)	
Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente (beim Führen von Kfz bis 1,1 ‰)	●
NEU Bewusstseinsstörungen bei epileptischen und anderen Krampfanfällen	●
Herzinfarkt, Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Störungen	●
Strahlenschäden (außer Kernenergie)	●
Passives Kriegsrisiko für 14 Tage und Terroranschläge	●
Verbesserte Infektionsklausel, z. B. Zeckenstiche	●
NEU Vergiftungen auch für Erwachsene	●
Impfschäden	●
Gase und Dämpfe	●
Rettung von Menschen, Sachen und Tieren	●
Erfrierungen	●
Psychische und nervöse Störungen als Unfallfolge	●
Mitversicherte Kinder (Auszug)	
NEU Erweiterung Vergiftungen bis zum 18. Lebensjahr	●
Beitragsfreie Mitversicherung für 12 Monate (auch Adoptiv- und Pflegekinder)	●
Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile bis 40.000 Euro	●
Beitragsfreie Fortführung des Vertrags bei Tod des Versicherungsnehmers bis zum 21. Lebensjahr des Kindes	●
Besondere Leistungen bis zum 14. Lebensjahr	
• Kinderbetreuung und Haushaltshilfe bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung oder Tod des betreuenden Elternteils	●
• Schulausfallgeld/Nachhilfeunterricht NEU 30 Euro pro Tag, max. 900 Euro	●
• NEU Rooming-in-Leistung für begleitende Elternteile	●
• Lenken von Fahrzeugen ohne Führerschein	●
Sport und Reise weltweit (Auszug)	
Bergungskosten bis 30.000 Euro, inklusive VHV Unfall-Service	●
Fahrtveranstaltungen und Kartrennen mit Freizeitcharakter	●
Kitesurfen	●
Tauchunfälle inklusive Behandlung in Dekompressionskammer	●
NEU Luftsportrisiko, z. B. Gleitschirmflieger	○

Beruf (Auszug)

NEU Voller Versicherungsschutz bei Berufswechsel mit Tätigkeiten in höherer Gefahrengruppe bei versehentlicher Nichtanzeige zeitlich unbefristet ●

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und **NEU** Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers bis 12 Monate ●

NEU Verbesserte Gliedertaxe für Heilberufe ○

NEU Luftfahrtrisiko, z. B. Berufspiloten, Flugbegleiter ○

Sonstiges (Auszug)

Verbesserte Gliedertaxe ●

Anrechnung Mitwirkungsanteil ab 50 % ●

Verlängerte Anzeigefrist bei geringfügigen Unfallfolgen sowie Invalidität bis 24 Monate (21 Tage bei Tod) ●

Invaliditätsneufeststellung durch Versicherten bis 5 Jahre / durch VHV bis 2 Jahre ●

ZUSATZLEISTUNGEN (Auszug)

BAUSTEIN EXKLUSIV ○

NEU Besserstellungsgarantie / Übernahme Leistungsumfang Vorversicherung ●

Erweiterter Unfallbegriff (Auszug)

Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente beim Führen von Kfz bis 1,5 ‰ ●

Brüche, Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule durch Eigenbewegungen (ohne Bandscheiben) ●

Infektionen aufgrund geringfügiger Haut- und Schleimhautverletzungen ●

Allergische Reaktionen durch Insektenstiche und Desensibilisierungsmaßnahmen ●

Kosmetische Operationen und Reha (Auszug)

Kosmetische Operationen, inklusive Ersatz aller natürlichen Zähne bis 50.000 Euro ●

Kinder

Umgang mit Feuerwerkskörpern bis zum 18. Lebensjahr ●

Sport und Reise weltweit

Bergungskosten bis 1 Mio. Euro, inklusive VHV Unfall-Service ●

Sonstiges (Auszug)

Keine Anrechnung eines Mitwirkungsanteils ●

Verbesserte Gliedertaxe, **NEU** inklusive innerer Organe ●

Erweiterte Vorsorgeversicherung ●

NEU Krankenhauszusatz (Chefarztbehandlung, 1-Bett-Zimmer) ○

NEU Schmerzensgeld PLUS (bei Knochenbrüchen und Bänderrissen bis max. 3.000 Euro) ○

NEU Krebs-Soforthilfe (bei Diagnose einer Erkrankung 5.000 Euro Sofortleistung) ○

KRANKENHAUSTAGEGELD UND GENESUNGSGELD (Auszug) ○

NEU Komageld (auch bei künstlichem Koma) ●

1.000 Tage Krankenhaustagegeld binnen 5 Jahren (1.825 Tage Baustein EXKLUSIV) / Genesungsgeld bis 500 Tage ●

Doppelter Tagessatz bei Auslandsunfällen (bis max. 4 Wochen stationären Aufenthalts im Ausland) ●

200 Euro Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderrissen ●

TAGEGELD (BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT) ○

ERWEITERTE ÜBERGANGSLEISTUNG BEI INVALIDITÄT (EINMALZAHLUNG) ○

LEISTUNG BEI UNFALLTOD ○

BAUSTEIN EASY CARE (Auszug) ○

7 Mahlzeiten pro Woche / Wohnungsreinigung / Besorgungen und Einkäufe / Wäscheservice / Versorgung von Haustieren ●

Grundpflege, z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden / Hausnotrufdienst / Tag- und Nachtwache ●

Familienhilfe, inklusive Kinderbetreuung ●

Fahrdienst zu Krankengymnastik oder Therapien ●

Begleitung bei Arzt- und Behördengängen sowie Fahrdienst ●

Die Produktbeschreibungen und die Hinweise **NEU** beziehen sich auf den Leistungsumfang unseres derzeit aktuellen Produkts aus 07/2015 und sind stark verkürzt wiedergegeben. Maßgebend ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen. ● versichert ○ optional

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung KLASSIK-GARANT 2015 (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015)

U 025

Der Versicherungsumfang	5	Was ist nicht versichert?
1 Was ist versichert?	5.1	Ausgeschlossene Risiken
1.1 Grundsatz	5.1.1	Bewusstseinsstörungen
1.2 Geltungsbereich	5.1.2	Straftaten
1.3 Unfallbegriff	5.1.3	Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	5.1.4	Luftfahrt und Luftsport
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	5.1.5	Rennveranstaltungen
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	5.1.6	Kernenergie
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	5.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Wählbare Leistungsarten	5.2.1	Bandscheiben und Blutungen
2.1 Invaliditätsleistung	5.2.2	Strahlen
2.2 Unfallrente	5.2.3	Eingriffe durch Heilmaßnahmen
2.3 Übergangsleistung	5.2.4	Infektionen
2.4 Tagegeld	5.2.5	Vergiftungen
2.5 Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld/ Komageld	5.2.6	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen
2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung	5.2.7	Bauch- oder Unterleibsbrüche
2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung	6	Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-/ Erwachsenentarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
2.5.3 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)	6.1	Umstellung des Kinder-/Erwachsenentarif
2.5.4 Komageld	6.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
2.5.5 Auslandskrankenhaustagegeld	6.2.1	Mitteilung der Änderung
2.5.6 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss	6.2.2	Auswirkungen der Änderung
2.6 Todesfallleistung	6.2.3	Versehensklausel
2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung	Der Leistungsfall	
2.6.2 Regelung bei Verschollenheit	7	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
2.6.3 Art und Höhe der Leistung	8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
2.6.4 Extra-Kindergeld/Doppelte Todesausfallleistung	9	Wann sind die Leistungen fällig?
Generelle Leistungsarten	9.1	Erklärung über die Leistungspflicht
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	9.2	Fälligkeit der Leistung
2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	9.3	Vorschüsse
2.9 VHV Unfall-Service	9.4	Neubemessung des Invaliditätsgrads
2.10 Rooming-in-Leistung	Die Vertragsdauer	
2.11 Kosten für Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung/Tageseltern	10	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
2.12 Kur- und Reha-Tagegeld	10.1	Beginn des Versicherungsschutzes
2.13 Kosten für Nachhilfeunterricht	10.2	Dauer und Ende des Vertrags
2.14 Sofortleistung bei Schwerverletzten	10.2.1	Vertragsdauer
2.15 Medizinisch-berufskundliche Leistungen	10.2.2	Stillschweigende Verlängerung
2.15.1 Reha-Dienstleistung	10.2.3	Vertragsbeendigung
2.15.2 Hilfe zur sozialen Rehabilitation	10.3	Kündigung nach Versicherungsfall
2.16 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie	10.4	Versicherungsjahr
2.17 Vorsorgeversicherung	Der Versicherungsbeitrag	
2.17.1 Vorsorgeversicherung für Kinder	11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.17.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/ eingetragener Lebensgemeinschaft	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	
2.18 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen	11.1	Beitrag und Versicherungssteuer
2.19 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“	11.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ erster Beitrag
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krank- heiten oder Gebrechen zusammentreffen?	11.2.1	Fälligkeit der Zahlung
3.1 Krankheiten und Gebrechen	11.2.2	Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
3.2 Mitwirkung	11.2.3	Rücktritt
4 Entfällt		

11.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag	13	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
11.3.1	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung	13.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht
11.3.2	Verzug	13.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
11.3.3	Zahlungsfrist	13.2.1	Rücktritt
11.3.4	Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung	13.2.2	Kündigung
11.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	13.2.3	Vertragsänderung
11.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	13.3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
11.6	Beitragsbefreiung	13.4	Anfechtung
11.6.1	Bei der Versicherung von Kindern	13.5	Erweiterung des Versicherungsschutzes
11.6.2	Bei Arbeitslosigkeit	14	Entfällt
11.6.3	Bei Arbeitsunfähigkeit	15	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?
Weitere Bestimmungen		15.1	Gesetzliche Verjährung
12	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	15.2	Aussetzung der Verjährung
12.1	Fremdversicherung	16	Welches Gericht ist zuständig?
12.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	17	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
12.3	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	18	Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? Welches Recht findet Anwendung?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Unfall) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

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

Ihre Unfallversicherung

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.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags:

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

1.3.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.3.2 Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. gilt das Merkmal der Plötzlichkeit auch dann noch angenommen, wenn die versicherte Person durch unabwendbare Umstände den Einwirkungen von Gasen und Dämpfen bis zu 7 Tage lang ausgesetzt war. Berufskrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.3.3 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt, gelten als unfreiwillig erlitten.

1.3.4 Ergänzend besteht auch Versicherungsschutz für:

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
 - den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod,
 - Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
 - Gesundheitsschäden durch Erfrierungen,
- auch ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

- 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 oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

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

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

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

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

Wählbare Leistungsarten

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses 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 18 Monaten nach dem Unfall

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

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

Beispiel: Sie haben bei dem 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 Todesfalleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- sonst 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 dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
• Hand	70 %
• Daumen	28 %
• Zeigefinger	18 %
• kleiner Finger	7 %
• anderer Finger	12 %
• für sämtliche Finger einer Hand höchstens:	70 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis unterhalb des Knies	60 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
• Fuß	50 %
• große Zehe	10 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	50 %
• sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	75 %
• Gehör auf einem Ohr	40 %
• Geruchssinn	10 %
• Geschmackssinn	10 %
• vollständiger Stimmverlust	100 %

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.2 Unfallrente

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.

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

Besondere Gliedertaxen werden auch berücksichtigt, sofern dies in den maßgeblichen Zusatzbedingungen geregelt ist.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

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

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 3 Monaten ausgehen.

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.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Wenn eine 100%ige Beeinträchtigung vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 3 Monate besteht, zahlen wir ein Viertel der vereinbarten Versicherungssumme als Vorschuss.

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 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, wenn 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 Tagegeldes.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls, bei stationärer Behandlung auch darüber hinaus.

- Über das erste Unfalljahr hinaus wird gezahlt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch in stationärer Behandlung befindet. Das Tagesgeld wird für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts sowie für längstens 14 Tage danach gezahlt.

2.5 Krankhaustagegeld/Genesungsgeld/Komageld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation.

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

Der Krankhaustagegeldanspruch entfällt jedoch nicht:

- wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient,
- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Klinik das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten ist.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 1.000 Tage innerhalb von 5 Jahren ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.5.3 Genesungsgeld (erhöhtes Krankhaustagegeld)

Zusätzlich zahlen wir Genesungsgeld

- für die gleiche Anzahl von Kalendertagen und in gleicher Höhe, für die wir Krankhaustagegeld leisten,
- längstens für 500 Tage.

Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person wird aus der vollstationären oder ambulanten chirurgischen Behandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankhaustagegeld nach Ziffer 2.5.

2.5.4 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt, so wird für die Zeit dieses Zustands ab dem 8. Tag, maximal 12 Wochen, als zusätzliche Leistung ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankhaustagegeldes geleistet.

2.5.5 **Auslandskrankenhaustagegeld**

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land höchstens für vier Wochen den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2.5.6 **Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss**

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens oder einen Bänderriss und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 200 Euro, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist.

Bei einer vollstationären Behandlung zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld- und Genesungsgeld, mind. aber 200 Euro.

2.6 **Todesfalleistung**

2.6.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

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

Beachten Sie dazu die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 **Regelung bei Verschollenheit**

Als unfallbedingter Tod gilt auch, wenn die versicherte Person nach

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

rechtswirksam für tot erklärt wurde.

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

2.6.3 **Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.4 **Extra-Kindergeld/Doppelte Todesfalleistung**

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 40.000 Euro.

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

Generelle Leistungsarten

2.7 **Kosten für kosmetische Operationen**

2.7.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne zum äußeren Erscheinungsbild. Künstliche Zähne sind kein Teil des Körpers, sondern Hilfsmittel und als solche nicht versichert.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2.7.2 **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.

Der Ersatz ist insgesamt auf 30.000 Euro begrenzt.

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

2.8.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

2.8.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer oder
- für die notwendige Therapie bei einer Druckkammerbehandlung (auch bei bewusster oder unbewusster Missachtung von gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren) entstanden.

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

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

2.8.1.2 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztlicher Anordnung beruhen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

2.8.1.3 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

2.8.1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.8.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zur Höhe von 30.000 Euro.

Therapiekosten einer Druckkammerbehandlung werden zusätzlich bis maximal 30.000 Euro übernommen. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

2.9 **VHV Unfall-Service**

Über unser 24-Stunden-Service-Telefon informieren wir über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

Beispiele:

- Sie bekommen vor Reiseantritt alle notwendigen medizinischen Auskünfte für Ihr Reiseziel.
- Wir organisieren ggf. einen Such-, Rettungs- oder Bergungseinsatz.
- Wir organisieren für Sie – auch bei Unfällen im Ausland – einen ggf. medizinisch sinnvollen Krankentransport zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zur nächsten Spezialklinik.
- Sie haben einen Unfall und benötigen den Namen und die Anschrift des nächstgelegenen Facharztes oder des Krankenhauses. Wir beschaffen Ihnen diese Informationen, natürlich auch im Ausland.
- Wir sorgen für eine Gesprächsvermittlung zwischen Ihrem Hausarzt und dem behandelnden Spezialisten bzw. Krankenhausarzt.

2.10 **Rooming-in-Leistung**

2.10.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 30 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 30 Euro gezahlt.

2.10.2 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

- 2.10.3 Der unter Ziffer 2.10.1 angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil. Die Rooming-in-Leistung gilt für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. Ein Krankenhaustagegeld muss hierzu nicht separat vereinbart sein.
- 2.11 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern**
- 2.11.1 Wir erstatten nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern, wenn
- die den Haushalt versorgende oder mitversorgende Person wegen eines Unfalls, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet,
 - im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zum Versicherten unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist und
 - eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.
- 2.11.2 Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 100 Euro je Tag des vollstationären Aufenthalts, höchstens für 30 Tage oder insgesamt 3.000 Euro je Unfallereignis.
- 2.11.3 Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- 2.11.4 Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.
- 2.12 Kur- und Reha-Tagegeld**
- Wir zahlen entsprechend den nachfolgenden Regelungen ein Kur- und Reha-Tagegeld.
- 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.12.1.1 Die versicherte Person hat
- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.
- 2.12.1.2 Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
- 2.12.1.3 Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen werden nur die tatsächlichen Behandlungstage gezahlt.
- 2.12.2 Höhe der Leistung**
- Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 30 Euro täglich und wird einmalig für längstens 100 Tage innerhalb des o. g. Zeitraums gewährt.
- Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kur- oder Reha-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.13 Kosten für Nachhilfeunterricht**
- Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 Euro pro ausgefallenem Schultag.
- Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeldleistung erstattet. Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 900 Euro begrenzt. Die Kosten für Nachhilfeunterricht übernehmen wir für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.
- 2.14 Sofortleistung bei Schwerverletzten**
- 2.14.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, zahlen wir einmalig eine Leistung von 10 % der Invaliditätssumme, maximal 10.000 Euro:
- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades,
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen)

oder

schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma),

- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarms oder des Ober- und Unterschenkels

oder

- gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen

oder

- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens,
- Fraktur der Wirbelsäule,
- gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

2.14.2 Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

2.14.3 Wird dem Versicherer das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und in Textform mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird geleistet.

2.14.4 Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 angerechnet.

2.15 **Medizinisch-berufskundliche Leistungen**

2.15.1 **Reha-Dienstleistung**

2.15.1.1 Die versicherte Person ist berechtigt, im Fall eines zu erwartenden unfallbedingten Invaliditätsgrads (s.a. Ziffer 2.1.2.2.1 – Gliedertaxe) von 50 % und mehr die Dienstleistungen unseres Reha-Dienstleisters in Anspruch zu nehmen.

Die Dienstleistungen können auch bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit beantragt werden, auch wenn der o.g. Invaliditätssatz nicht erreicht wird. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen heißt, dass die versicherte Person zukünftig nicht mehr imstande sein wird, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.

Die Betreuung durch unseren Reha-Dienstleister ist auf einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach dem Unfall begrenzt.

2.15.1.2 Die Leistungen umfassen eine medizinisch-berufskundliche Betreuung der versicherten Person zur Optimierung des Heilbehandlungs- und Wiedereingliederungsprozesses. Dieses beinhaltet auch fallbezogen eine medizinische Koordination der Heilbehandlungsmaßnahmen.

2.15.1.3 Weiterhin wird durch den „berufskundlichen Dienst“ Hilfestellung zur sozialen Wiedereingliederung und zur Reintegration der versicherten Person in ein berufliches Umfeld angeboten. Die Leistungen umfassen z.B. Berufsberatung und Hilfestellung bei Fragen zur Fort- und Weiterbildung und Umschulungsmaßnahmen. Dazu gehört auch die Klärung von Fragen zur ggf. verletzungsbedingt notwendig werdenden Umrüstung des Personenkraftwagens oder der Wohnung/des Hauses.

2.15.1.4 Die Kosten, die durch eine Inanspruchnahme unseres Reha-Dienstleisters entstehen, werden für den Betreuungszeitraum (s.a. Ziffer 2.15.1.1) bis zur Höhe von 20 % der vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 Euro je Versicherungsfall, übernommen

2.15.2 **Hilfe zur sozialen Rehabilitation**

Wir übernehmen die Kosten für

- behindertengerechten Umbau des Pkw der versicherten Person,
- behindertengerechten Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- Anschaffung eines Blindenhundes, Kauf von Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) und Prothesen,
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Erstattung ist begrenzt auf 20 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 10.000 Euro je Versicherungsfall.

Die Maßnahmen müssen

- innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall
- ausschließlich durch die unfallbedingte Invalidität

erforderlich sein.

2.16 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie

Ist nach einem Unfall eine der folgenden Therapien notwendig, die vom Sozialversicherungsträger oder privaten Krankenversicherer nicht erstattet wird, übernehmen wir die Kosten bis zu einem Betrag von 500 Euro (inkl. Eigenanteil).

Therapien sind:

- Massagetherapie
- Lymphdrainage
- Bewegungstherapie
- Krankengymnastik
- Traktionsbehandlung
- Elektrotherapie
- Wärmetherapie
- Kältetherapie
- Medi-Taping
- Osteopathische Behandlung

Zum Nachweis der Notwendigkeit ist ein Attest eines Arztes/Heilpraktikers über die Art der Verletzung und die empfohlene Therapie einzureichen.

2.17 Vorsorgeversicherung

2.17.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Während der Vertragsdauer geborene und adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers unter 14 Jahren sind ab Vollendung der Geburt bzw. der Adoption für ein Jahr mit 25.000 Euro für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert.

Wird das Kind innerhalb dieses Zeitraums beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

2.17.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Vertragslaufzeit ist der Ehegatte/der eingetragene Lebenspartner bis zur nächsten Hauptfälligkeit mit 25.000 Euro für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert. Dies gilt nur dann, wenn für den Ehegatten/den eingetragenen Lebenspartner noch keine Unfallversicherung besteht.

2.18 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

Werden dem von Ihnen gewählten VHV Produkt (z. B. KLASSIK-GARANT) zukünftig Unfall-Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt, die ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen abweichen, so gelten die verbesserten Inhalte der neuen Bedingungen auch für diesen Vertrag. Voraussetzung für die Bedingungsverbesserung ist, dass die verbesserten Bedingungen ohne Mehrbeitrag bei künftigen Versicherungsverträgen des gleichen Produkts mitversichert sind. Die Verbesserung wird mit Einführung neuer Bedingungen auch für diesen Vertrag sofort wirksam.

2.19 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die von dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Empfehlung auf Basis AUB vom März 2014).

Darüber hinaus garantieren wir Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte die Mindeststandards der Empfehlung des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“ in der Version vom 17.02.2010 voll erfüllen.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 **Mitwirkung**

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Eine Beinverletzung hat zu einem Invaliditätsgrad von 10 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 60 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 4 %.

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

4 **Entfällt**

5 **Was ist nicht versichert?**

5.1 **Ausgeschlossene Risiken**

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 **Bewusstseinsstörungen**

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Ausnahmen:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde verursacht durch

- ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
- einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall.
- Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,1 Promille beträgt.
- Einnahme von Medikamenten.
- ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen“, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt worden ist.
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind.
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.2 **Straftaten**

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

Ausnahme:

Versicherungsschutz ist bei Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres auch dann gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein.

5.1.3 **Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse**

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

Ausnahme:

- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen (passives Kriegsrisiko). Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. 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.

– Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

– Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.4 **Luftfahrt und Luftsport**

Unfälle der versicherten Person

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

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für Ärzte oder medizinisches Bordpersonal während ihrer beruflichen Tätigkeit an Bord von Flugzeugen bzw. Hubschraubern, solange sie das Fluggerät nicht selbst steuern.

Ebenso wird Kitesurfen nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen.

5.1.5 **Rennveranstaltungen**

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

Mitversichert sind Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt. Lizenzfreie Motorsportveranstaltungen gelten, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden organisiert sind, ebenfalls als mitversichert (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-Kartanlage).

5.1.6 **Kernenergie**

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 **Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 **Bandscheiben und Blutungen**

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 **Strahlen**

- Berufskrankheiten durch regelmäßiges Hantieren mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten.
- Gesundheitsschäden durch Kernenergie.

Versichert gelten damit alle sonstigen Gesundheitsschäden durch Strahlen, z.B. auch durch UV-Strahlen und Wärmestrahlen (Sonnenbrand und Sonnenstich).

5.2.3 Eingriffe durch Heilmaßnahmen

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

Ausnahmen:

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

- Eingriffe des täglichen Lebens

Beispiel: So sind auch das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut kein Ausschluss.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Infektionen.

Ausnahmen:

Die versicherte Person infiziert sich

- a) mit Tollwut oder Wundstarrkrampf (Tetanus)
- b) mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangen. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne eine Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- c) durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
- d) Zusätzlich (auch abweichend von 1.3) besteht Versicherungsschutz für die Leistungsart Invalidität und Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.1.1 und 2.2.1 bei einer Infektion durch einen Erreger (z. B. durch Tierbisse oder Insektenstiche) von

- Borreliose,
- Brucellose,
- Cholera,
- Diphtherie,
- Dreitagefieber,
- Echinokokkose,
- Gürtelrose/Windpocken,
- Kinderlähmung (Poliomyelitis),
- Fleckfieber,
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Gelbfieber,
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Malaria,
- Masern,
- Mumps,
- Pest,
- Pfeiffersches Drüsenfieber,
- Pocken,
- Röteln,
- Scharlach,
- Schlaf-/Tsetsekrankheit,
- Tularämie (Hasenpest),
- Typhus und Paratyphus.

- e) Impfschaden bei Schutzimpfungen, die
 - gesetzlich vorgeschrieben, von einer zuständigen Behörde angeordnet oder empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurden oder
 - sonst ärztlich empfohlen wurden.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

- f) Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziffer 1 sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

In den Fällen a) bis f) gilt der Ausschluss nicht.

Abweichend von 2.1.1.3 beginnt die dort genannte Frist bei den vorstehenden Fällen a) bis f) nicht mit dem Unfall, sondern erst mit der Feststellung der Invaldität durch einen Arzt.

5.2.5 **Vergiftungen**

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

Ausnahme:

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund sowie das Einatmen von Gasen und Dämpfen sind mitversichert.

5.2.6 **Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen**

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

Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall,*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat.*

Ausnahme:

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

5.2.7 **Bauch- oder Unterleibsbrüche**

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-/Erwachsenentarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 **Umstellung des Kinder-/Erwachsenentarifs**

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind/der Erwachsene das 18./65. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenen-/Seniorentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag (ausgenommen hiervon sind die optionalen Zusatzleistungen Krebs-Soforthilfe, Schmerzensgeld PLUS, Krankenhauszusatz und EASY CARE) und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

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

6.2 **Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anhang).

6.2.1 **Mitteilung der Änderung**

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

6.2.2 **Auswirkungen der Änderung**

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von 6 Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

6.2.3 **Versehensklausel**

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

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

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 0,5 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro pro Unfallereignis.

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. Sonst muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden.

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn die Erben der versicherten Person Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

Weisen Sie nach, dass 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfallrente 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.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

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 Jahren nach dem Unfall und uns längstens bis zu 2 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, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (24.00 Uhr bzw. 00.00 Uhr) und des Beginns dieses Vertrags (12.00 Uhr mittags) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum den in dem Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsschutz.

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

10.2 **Dauer und Ende des Vertrags**

10.2.1 **Vertragsdauer**

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 **Stillschweigende Verlängerung**

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

10.2.3 **Vertragsbeendigung**

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

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

10.3 **Kündigung nach Versicherungsfall**

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

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

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

10.4 **Versicherungsjahr**

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

11 **Der Versicherungsbeitrag**

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 **Beitrag und Versicherungsteuer**

11.1.1 **Beitragszahlung und Versicherungsperiode**

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

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

11.1.2 **Versicherungsteuer**

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

11.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag**

11.2.1 **Fälligkeit der Zahlung**

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

11.2.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

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

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

11.2.3 **Rücktritt**

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

11.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

11.3.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 **Verzug**

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 **Zahlungsfrist**

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

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

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

11.3.4 **Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**

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

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

11.4 **Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

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

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

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

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

11.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

11.6 **Beitragsbefreiung**

11.6.1 **Bei der Versicherung von Kindern**

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet.

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

11.6.2 **Bei Arbeitslosigkeit**

Wenn Sie während der Versicherungsdauer unverschuldet arbeitslos werden und

- mindestens 12 Monate vollbeschäftigt gewesen sind,
- die Arbeitslosigkeit mindestens 1 Monat andauert,
- Sie keiner bezahlten Beschäftigung mehr nachgehen,
- bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) als arbeitslos gemeldet sind,
- das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- der Beitrag zu diesem Vertrag gezahlt ist,

wird dieser Vertrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit

- längstens für 12 Monate
- beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie erneut eine Beschäftigung aufnehmen, entfällt die Beitragsfreistellung mit Beginn des Monats, in dem die Beschäftigung erneut aufgenommen wurde.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit

- außer durch Arbeitsunfähigkeit
- unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Insolvenz).

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

11.6.3 **Bei Arbeitsunfähigkeit**

Ergänzend zu Ziffer 11.6.2 gilt Folgendes als vereinbart:

Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig werden und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen, dann

- befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung) nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag hin bis zu 12 Monate beitragsfrei weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet und endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig fortgeführt. Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind 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

- weder eine vorsätzliche
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der 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 **Entfällt**

15 **Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**

15.1 **Gesetzliche Verjährung**

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

15.2 **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.

16 **Welches Gericht ist zuständig?**

16.1 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.

16.2 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.

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

17.1 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.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

18 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Anhang zu Ziffer 6.2 AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015: Hinweise zur Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Gefahrengruppeneinteilung

Die Beiträge richten sich bei Personen ab 14 Jahre bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nach der beruflichen Tätigkeit. Maßgeblich ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf. Übt eine Person mehrere Tätigkeiten aus, so wird die Tätigkeit zugrunde gelegt, die zum überwiegenden Anteil (Stunden pro Woche) ausgeübt wird.

Personen, die sich in Ausbildung befinden, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Berufsgruppenbezeichnung
nicht gefahrgeneigte Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft, Gartenbau, Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter
gefahrgeneigte Berufe in der Land-, Tier-, Forstwirtschaft, Gartenbau, Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter
Fertigungsberufe 1:
Steinbearbeitung, Baustoffherstellung, Keramik, Glas, Chemie, Kunststoff, Papier, Holz
Fertigungsberufe 2:
Metallerzeugung und -bearbeitung, Metall, Maschinenbau, Elektroberufe, Montierer
nicht gefahrgeneigte Fertigungsberufe 3:
Sonstige: Textil, Bekleidung, Leder, Holz- und Kunststoffverarbeitung
gefahrgeneigte Fertigungsberufe 3:
Sonstige: Textil, Bekleidung, Leder, Holz- und Kunststoffverarbeitung
Ernährungsberufe
Hoch-, Tief- und Ausbauberufe
Maschinen- und Anlagenführer
nicht gefahrgeneigte technische Berufe, Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker
gefahrgeneigte technische Berufe, Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker
Kaufleute und Verkaufspersonal
nicht gefahrgeneigte Verkehrsberufe
gefahrgeneigte Verkehrsberufe
Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe
nicht gefahrgeneigte Ordnungs- und Sicherheitsberufe
gefahrgeneigte Ordnungs- und Sicherheitsberufe
nicht gefahrgeneigte Schriftwerkschaffende, -ordnende und künstlerische Berufe
gefahrgeneigte Schriftwerkschaffende, -ordnende und künstlerische Berufe
Gesundheitsdienstberufe
Sozial- und Erziehungsberufe
nicht gefahrgeneigte sonstige Dienstleistungsberufe
gefahrgeneigte sonstige Dienstleistungsberufe
Arbeitssuchende
Hausfrauen, -männer
Bundesfreiwilligendienst
Sonstige Arbeitskräfte
Vorruheständler/-innen bis 64 Jahre
Senioren ab 65 Jahre
Kinder und Schüler (Eintrittsalter 0–13 Jahre)
Schüler, Studenten (Eintrittsalter 14–17 Jahre)
Schüler, Studenten ab 18 Jahre
Flugpersonal

Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV 2015 zur Unfallversicherung (ZB Baustein Unfall EXKLUSIV 2015)

U 188

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung KLASSIK-GARANT 2015 (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

1	Wie können wir sofort helfen?	3.3	Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen
1.1	Bergungskosten	3.4	Infektionen und Desensibilisierungsmaßnahmen
1.2	Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	3.5	Selbst gebaute Feuerwerkskörper
2	Welche zusätzlichen Geldleistungen können beansprucht werden?	3.6	Anzeigefrist für den Invaliditätsfall
2.1	Gliedertaxe	3.7	Neufeststellung der Invalidität
2.2	Kosmetische Operationen und Zahnersatz	3.8	Passives Kriegsrisiko
2.3	Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern	4	Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?
2.4	Krankenhaustagegeld	4.1	Vorsorgeversicherung für Kinder
2.5	Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)	4.2	Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/ eingetragener Lebenspartnerschaft
2.6	Übergangsleistung	4.3	Besserstellungsgarantie
2.7	Todesfallleistung	5	Optionale Zusatzleistungen
3	Was ist über die AVB Unfall hinaus versichert?	5.1	Schmerzensgeld PLUS
3.1	Eigenbewegungen	5.2	Krebs-Soforthilfe (mit Leistung für kosmetische Operationen bei Brustkrebs Erkrankungen)
3.2	Verzicht auf Kürzung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	5.3	Krankenhauszusatz

1 Wie können wir sofort helfen?

1.1 Bergungskosten

Abweichend von Ziffer 2.8.2 AVB Unfall beträgt die Versicherungssumme für Bergungskosten 1.000.000 Euro.

1.2 Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

1.2.1 Ergänzend zu Ziffer 2.14.1 AVB Unfall gewähren wir eine zusätzliche Sofortleistung bei Schwerverletzungen, wenn der Versicherungsnehmer während der Gültigkeit des Vertrags selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwirbt oder baut.

1.2.2 Der Versicherungsschutz beginnt

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

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

1.2.3 Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für den Versicherungsnehmer und den Ehe- oder Lebenspartner (soweit im Rahmen des Vertrags mitversichert) je 30.000 Euro.

1.2.4 Der Versicherungsschutz endet

- mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheims,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

2 Welche zusätzlichen Geldleistungen können beansprucht werden?

2.1 Gliedertaxe

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

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Hand	75 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	20 %
• kleiner Finger	12 %
• anderer Finger	12 %
• sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
• Bein bis unterhalb des Knies	65 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
• Fuß	60 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	60 %
• sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	90 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• sofern das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war	70 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %
• vollständiger Stimmverlust	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren	100 %
• falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
• Milz	10 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	20 %
• Lungenflügel	50 %

Für die inneren Organe Niere und Milz können Sie anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade eine Bemessung nach Ziffer 2.1.2.2.2 bis 2.1.2.2.4 AVB Unfall verlangen.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.2 Kosmetische Operationen und Zahnersatz

Abweichend von Ziffer 2.7.2 AVB Unfall beträgt die Höchstversicherungssumme für kosmetische Operationen und Zahnersatz 50.000 Euro.

2.3 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern

Abweichend von Ziffer 2.11.2 AVB Unfall erfolgt die Kostenübernahme bis zu 100 Euro je Tag des vollstationären Aufenthalts, höchstens für 60 Tage je Unfallereignis.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Abweichend von Ziffer 2.5.2 AVB Unfall wird Unfall-Krankenhaustagegeld längstens für 1.825 Tage vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

2.4.2 Das Krankenhaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage (entspricht 5 Kalenderjahren) begrenzt.

2.5 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)

Ergänzend zu Ziffer 2.5.3 AVB Unfall bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthalts an den Unfallfolgen verstirbt.

2.6 Übergangsleistung

Abweichend von Ziffer 2.3.2 AVB Unfall zahlen wir die Hälfte der versicherten Übergangsleistung. Die sonstigen Regelungen gelten unverändert.

2.7 **Todesfalleistung**

Abweichend von Ziffer 2.6.1 AVB Unfall entsteht der Anspruch auf die vereinbarte Todesfalleistung auch, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall an den Unfallfolgen verstirbt und keine Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AVB Unfall eingetreten ist.

3 **Was ist über die AVB Unfall hinaus versichert?**

3.1 **Eigenbewegungen**

Ergänzend zu Ziffer 1.4 AVB Unfall gelten als Unfall auch durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche (z. B. Schenkelhalsfraktur und Armbruch),
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- Verrenkungen eines Gelenks,
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

3.2 **Verzicht auf Kürzung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen**

Abweichend von Ziffer 3.2.1 AVB Unfall wird keine Leistungskürzung bei der Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen vorgenommen.

3.3 **Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen**

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AVB Unfall sind Unfälle beim Lenken von Kraftfahrzeugen bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,5 Promille mitversichert.

3.4 **Infektionen und Desensibilisierungsmaßnahmen**

3.4.1 Als Folge eines Unfallereignisses gemäß Ziffer 1 AVB Unfall sind auch die in Ziffer 5.2.4 AVB Unfall genannten Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen mitversichert, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Mitversichert sind nicht infektiös bedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

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

Die übrigen Regelungen gelten unverändert.

3.5 **Selbst gebaute Feuerwerkskörper**

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AVB Unfall besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

3.6 **Anzeigefrist für den Invaliditätsfall**

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 AVB Unfall muss die Invalidität innerhalb von 24 Monaten eingetreten und innerhalb einer Frist von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen geltend gemacht worden sein.

3.7 **Neufeststellung der Invalidität**

Abweichend von Ziffer 9.4 AVB Unfall kann der Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens

- fünf Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie oder
- zwei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch uns.

3.8 **Passives Kriegsrisiko**

Abweichend von Ziffer 5.1.3 AVB Unfall besteht Versicherungsschutz bis zum Ende des 21. Tages. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

4 Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?

4.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Abweichend von Ziffer 2.17.1 AVB Unfall gelten für die Vorsorgeversicherung der Kinder:

- 60.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression),
- 10.000 Euro für den Todesfall.

Wird das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz des Vertrags zusätzlich.

4.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Abweichend von Ziffer 2.17.2 AVB Unfall gelten bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft folgende Versicherungssummen:

Der Ehegatte/der Lebenspartner ist ab der Heirat bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mit

- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression),
- 10.000 Euro für den Todesfall,
- 20 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld mitversichert.

4.3 Besserstellungsgarantie

Die Besserstellungsgarantie beschreibt die Vorgehensweise zur Regulierung im Schadenfall. Sie gilt für die private Unfallversicherung im Hause der VHV Allgemeinen Versicherung AG und kommt zum Tragen, wenn die Leistung Ihrer VHV Unfallversicherung zu einer niedrigeren Leistung führt als bei dem Vertrag der Vorversicherung.

4.3.1 Umfang

Im Leistungsfall regulieren wir, sofern Sie es wünschen, nach den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags bei einem anderen Versicherungsunternehmen, wenn diese für Sie besser waren.

4.3.2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für diese Leistungen sind:

- die Unfallversicherung bestand bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen,
- für mindestens 3 Jahre,
- zwischen Ablauf des Vertrags und Beginn unseres Vertrags lagen maximal 3 Monate.

4.3.3 Einschränkungen

- Die Maximalentschädigung entspricht der Höchstsumme der jeweiligen beitragspflichtigen Leistungsart, die bei uns vereinbart ist.
- Abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen finden keine Anwendung.
- Bei beitragsfrei vereinbarten Leistungsarten werden höhere Versicherungssummen beim Vorversicherer bis maximal 20.000 Euro über unsere Versicherungssummen hinaus berücksichtigt.

(Beispiel: Im Vorvertrag sind kosmetische Operationen bis 80.000 Euro beitragsfrei versichert, bei der VHV beträgt die Höchstsumme 50.000 Euro. Im Leistungsfall stehen maximal 70.000 Euro für die kosmetischen Operationen zur Verfügung.)

- Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für individuell vereinbarte Risikoausschlüsse (z. B. Vorerkrankungen).
- Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für die Leistungsart Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad unter 50%, sowie die Dynamisierung von Unfallrenten nach dem Leistungsfall.
- Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für Assistance- und sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen.
- Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z. B. Dread-Disease-Versicherung, Pflagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr).
- Die Besserstellungsgarantie gilt nicht für Luftfahrtunfälle, Unfälle bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen, Unfälle durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden, Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

4.3.4 Nachweis

Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die weitergehenden Leistungen in Form von Versicherungsbedingungen vom Vorversicherer in Textform nachweist.

5 Optionale Zusatzleistungen

5.1 Schmerzensgeld PLUS

Soweit im Versicherungsschein vereinbart, gilt eine Sofortleistung bei vollständigen Frakturen und/oder Bänderrissen als versichert.

5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt einen Knochenbruch oder Bänderriss und macht den Anspruch auf die Sofortleistung spätestens drei Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend.

5.1.2 Höhe der Leistung:

Die vereinbarte Höhe des Schmerzensgeldes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

Die festgelegte Versicherungssumme für die Sofortleistung bei Knochenbruch und/oder Bänderriss nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

5.2 Krebs-Soforthilfe (mit Leistung für kosmetische Operationen bei Brustkrebserkrankungen)

5.2.1 Soweit im Versicherungsschein vereinbart gilt eine Krebs-Soforthilfe als versichert.

Art und Höhe der Leistung:

Die Krebs-Soforthilfe wird in Höhe von 5.000 Euro fällig, wenn bei der versicherten Person eine der folgenden schweren Krebserkrankungen (bösartiger Tumor) diagnostiziert wird:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs
- Prostatakrebs

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt. Die Wartezeit beträgt 12 Monate.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen. Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Krebs-Soforthilfe geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.

5.2.2 Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

(zu Ziffer 2.7 AVB Unfall)

5.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrags erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

5.2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis 10.000 Euro Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

5.2.2.3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
- Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

5.3 **Krankenhauszusatz**

Soweit im Versicherungsschein vereinbart gilt eine Leistung für Krankenhauszusatz als versichert.

Hierunter versteht sich eine Erstattung der Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung wegen Unfallfolgen.

5.3.1 **Erstattungsfähige Kosten**

Wird die versicherte Person bei einem Unfall verletzt, so sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erstattungsfähig, soweit diese die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte stationäre privatärztliche Behandlung betreffen.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach BPfIV oder KHEntG abrechnen (z. B. im Ausland), werden Aufwendungen für Wahlleistungen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPfIV und KHEntG angefallen wären.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

Für stationäre Wahlleistungen, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind, besteht keine Leistungspflicht.

Die Höchstgrenze für die Erstattung beträgt 10.000 Euro pro Jahr.

5.3.2 **Krankenhaustagegeld**

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen gemäß Ziffer 5.3.1 wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 Euro,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 Euro.

Wichtiger Hinweis zu allen vorgenannten Punkten

Die in dieser Zusatzbedingung für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (dynamische Anpassung) nicht teil.

Zusatzbedingungen für den Baustein EASY CARE 2017 (ZB Baustein EASY CARE 2017)

U 196

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Leistungen ergänzend zu Ziffer 2 der AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015 um Hilfs- und Pflegeleistungen erweitert werden.

- | | |
|--|--|
| 1 Was ist versichert? | 6 Regelung für Personen mit vor dem Unfall anerkanntem Pflegegrad |
| 2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen? | 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten) |
| 3 Welche Leistungen sind versichert? | 8 Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister |
| 4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung? | |
| 5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person? | |

1 Was ist versichert?

- 1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
- 1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AVB Unfall unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

Sollten andere Privatpersonen die Hilfs- und Pflegeleistungen übernehmen, so zahlen wir auf Nachweis für maximal 4 Wochen höchstens 30 Euro pro Tag als Ersatzleistung.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Hilfsleistungen

3.1.1 Menüservice

Die versicherte Person und bei Bedarf auch der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe-/Lebenspartner sowie die mit im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder erhalten nach freier Wahl aus dem angebotenen Menüsortiment des Dienstleisters eine Mahlzeit pro Tag. Diese werden täglich warm ausgeliefert. Sofern dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.

3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person einmal wöchentlich bis zu 2 Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

3.1.3 Begleitung bei Arzt-, Therapie- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 50 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den üblichen Lebensbereich der Wohnung der versicherten Person. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 2 Stunden begrenzt.

3.1.5 Wäscheservice

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

3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen – TAE-Dose und Stromversorgung – vorhanden sind.

3.1.7 Tag- und Nachtwache

Für die versicherte Person wird eine Tag- und Nachtwache für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Krankenhausbehandlung organisiert, wenn eine solche intensive Beaufsichtigung der versicherten Person medizinisch erforderlich ist.

3.2 Organisation von Hilfsleistungen

3.2.1 Zusätzlich zu den in Ziffern 3.1.1 bis 3.1.6 aufgeführten Leistungen vermitteln und organisieren wir auf Ihren Wunsch die folgenden Hilfsleistungen:

- Unterbringung für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel),
- Umbau der Wohnung,
- Hausmeisterdienst für Gartenpflege und Schneeräumdienst,
- Umbau des Kraftfahrzeugs,
- Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen).

Die Kosten der Leistungen selbst werden von uns nicht übernommen.

3.2.2 Abweichend von Ziffer 3.2.1 übernehmen wir für die genannten Haustiere auch die nachgewiesenen Kosten für die Unterbringung und Versorgung bis höchstens 300 Euro.

3.2.3 Pflegeplatzgarantie

In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.

3.3 Pflegeleistungen

3.3.1 Die versicherte Person erhält von uns bis zu 6 Wochen Dauer und 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

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

3.3.3 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.4 Familienhilfe

Führt ein Unfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder (leibliche und/oder Pflegekinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erhält die Familie für bis zu 4 Wochen eine Familienbetreuung. Diese umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (im Grundschulalter), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (waschen, trocknen, ausbessern, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum).

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

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

4.1 Wir erbringen Hilfs- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 2.1 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Tag des Unfalls. Für Pflegeleistungen gilt die in Ziffer 3.3.1 genannte Frist.

4.2 Die Anerkennung eines Pflegegrades der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 3 und 4.1.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

5.1 Voraussetzungen für die Leistung

- die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.

Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.

- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

5.2 Umfang der Leistung

Wir übernehmen Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

5.3 Dauer der Leistung

5.3.1 Solange die Voraussetzungen der Ziffer 5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

5.3.2 Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu einem Monat.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 5.3.4.

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

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

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

6 Regelung für Personen mit vor dem Unfall anerkanntem Pflegegrad

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, für die vor dem Unfall eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 AVB Unfall gelten folgende Obliegenheiten:

- 7.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen. Dies gilt auch für die Personen, die gemäß Ziffer 5 unsere Leistungen erhalten.
- 7.2 Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

8 Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister

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

Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

Wichtiger Hinweis zu allen vorgenannten Punkten

Die in dieser Zusatzbedingung für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (dynamische Anpassung) nicht teil.

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Luftfahrtunfällen 2015 (ZB Luftfahrtrisiko)

U 191

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

Abweichend von Ziffer 5.1.4 der dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall) gilt Folgendes:

1. Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person als
 - Flugzeugführer,
 - sonstiges Besatzungsmitglied,
 - Luftsportgeräteführer,
 - Fluggast eines Luftfahrzeugs in Ausübung eines Berufs.

2. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Mediziner und Heilberufe 2015 (ZB Heilberufe)

U 190

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

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

• Arm	100 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
• Hand	100 %
• Daumen	60 %
• Zeigefinger	60 %
• anderer Finger	20 %
• kleiner Finger	20 %
• sämtliche Finger einer Hand	100 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
• Bein bis unterhalb des Knies	70 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
• Fuß	70 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	80 %
• sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	90 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• sofern das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war	70 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %
• vollständiger Stimmverlust	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren	100 %
• falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
• Milz	10 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	20 %
• Lungenflügel	50 %

Für die in Ziffer 2.1 genannten inneren Organe Niere und Milz können Sie anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade eine Bemessung nach Ziffer 2.1.2.2.2 bis 2.1.2.2.4 AVB Unfall verlangen.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Diese Gliedertaxe gilt nur für die Leistungsart Invalidität. Bei der Leistungsart Unfallrente wird die dem gewählten Produkt zugrunde liegende Gliedertaxe herangezogen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)

U 192

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

Ziffer 2 AVB Unfall wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die doppelte Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die dreifache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 AVB Unfall eine Leistung von mehr als 25 Prozent der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)

U 193

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

Ziffer 2 AVB Unfall wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die fünffache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 AVB Unfall eine Leistung von mehr als 25 Prozent der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)

U 194

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

Ziffer 2 AVB Unfall wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die fünffache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die siebenfache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 AVB Unfall eine Leistung von mehr als 25 Prozent der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 3 % (BB Dynamik 3 % – Modell 2)

U 026

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – **nur sofern ausdrücklich vereinbart** – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015).

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

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 3 % zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle tausend Euro,
 - für die Übergangsleistung auf volle hundert Euro,
 - für die Unfallrente auf volle zehn Euro,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.
3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Widersprechen Sie dreimal in Folge, entfällt die Dynamikanpassung für die Zukunft. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

6. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Die Versicherung mit Summenzuwachs (Dynamik) ist bei allen Tarifen möglich, sofern die jeweilige Höchstversicherungssumme nicht erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 % (BB Dynamik 5 % – Modell 3)

U 023

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

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 % zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditätsfall- und Todesfall auf volle Tausend Euro,
 - für die Übergangsleistung auf volle Hundert Euro ,
 - für die Unfall-Rente auf volle Zehn Euro,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.
3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

6. 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 schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Allgemeine Tarifbestimmungen Unfall

Stand: 1.7.2015

1 Geltungsbereich

Die Tarife gelten für Privatpersonen, die ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Unfallversicherung gilt jedoch weltweit und mit 24-Stunden-Deckung.

1.1 Altersgrenzen

0–13 Jahre* Kindertarif I
14–17 Jahre* Kindertarif II
18–64 Jahre* Erwachsenentarif
65–69 Jahre* Seniorentarif
* Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

2 Allgemeine Tariffinweise

Der Tarif stellt auf durchschnittliche Risikoverhältnisse ab, d. h., subjektive Risikomerkmale, die in der zu versichernden Person begründet sind (z. B. zahlreiche Vorschäden), können besondere Beitragszuschläge, Bedingungen, Selbstbehalte u. ä. erfordern. Vom Vermittler wird daher erwartet, dass er das Risiko mit besonderer Sorgfalt prüft.

Bei im Tarif nicht enthaltenen Risiken ist bei der Direktion der VHV anzufragen. Zusatzrisiken können nur im Anschluss an ein Grundrisiko der Tarifgruppe versichert werden.

3 Hinweise zur Antragsaufnahme

Der Antrag soll der VHV eine richtige Risikobeurteilung und individuelle Gestaltung des Versicherungsumfangs ermöglichen. Alle Antragsfragen sind daher sorgfältig, ausführlich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Der Antrag und etwaige Fragebögen, Risikobeschreibungen etc. sind vom Antragsteller zu unterschreiben.

Füllt der Versicherungsnehmer den Antrag nicht selbst aus, hat der Vermittler darauf zu achten, dass der Antragsteller vor Unterzeichnung des Antrags die Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft. Zusätze, Streichungen oder Änderungen darf der Vermittler nach Unterzeichnung des Antrags nicht ohne Einverständnis des Antragstellers vornehmen. Anträge dürfen nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn aufgenommen werden. Nur volljährige, geschäftsfähige Personen dürfen Anträge stellen und Verträge abschließen. Bei Anträgen von Minderjährigen ist auch die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter erforderlich. Mündliche Nebenabreden können vom Vermittler nicht erteilt werden und sind unwirksam. Der Vermittler darf ohne besondere Ermächtigung eine Erweiterung des im Antrag, im Tarif sowie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Versicherungsschutzes nicht zusagen. Etwaige Abweichungen sind nach Absprache mit der VHV schriftlich zu fixieren.

4 Deckungszusagen

Vorläufige Deckungszusagen dürfen nur dann erteilt werden, wenn hierfür ausdrücklich Vollmacht erteilt wurde.

5 Vertragsdauer

Soweit kein späteres Datum vereinbart wird, beginnen der Vertrag und der durch ihn gewährte Versicherungsschutz mit dem Tag des Antragseingangs bei der VHV. Der Vertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, sofern der anderen Vertragspartei nicht spätestens drei Monate vor Ablauf eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrags (24.00 Uhr bzw. 00.00 Uhr) und dem Beginn dieses Vertrags (12.00 Uhr mittags) besteht, gewährt die VHV für diesen Zeitraum den in diesem Vertrag dokumentierten Versicherungsschutz.

6 Neuverträge

Neuverträge dürfen nur nach den letztgültigen Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen abgeschlossen werden. Zurzeit gelten für die VHV die Vertragsbedingungen AVB Unfall KLASSIK-GARANT 2015.

Über einen Vertrag können nur Risiken einer Tarifgeneration abgeschlossen werden.

7 Beiträge

Die Beiträge sind im Voraus zu bezahlen. Der Einzug der Beiträge per Lastschriftverfahren ist erwünscht.

7.1 Mindestbeitrag

Der Mindestjahresbeitrag beträgt 40 Euro ohne Versicherungssteuer. Dieser Beitrag kann nicht unterschritten werden.

7.2 Ratenzahlung

Der Ratenzuschlag wird aus dem Jahresbeitrag berechnet und beträgt bei

- halbjährlicher Zahlung 3 %,
- vierteljährlicher Zahlung 5 %,
- monatlicher Zahlung 8 %.

Monatliche Zahlungsweise ist nur bei Vereinbarung des Lastschriftverfahrens möglich.

7.3 Versicherungsteuer

Alle genannten Beiträge und Beitragssätze verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Versicherungsteuer, zurzeit 19 %. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass bei privaten Interessenten gemäß der Verordnung über Preisangaben nur Endpreise, d. h. einschließlich Versicherungsteuer, zu nennen sind.

7.4 Nebengebühren

Nebengebühren (z. B. für die Ausfertigung der Versicherungsscheine) werden nicht erhoben.

8 Familiennachlass

Die Voraussetzungen für den Familiennachlass liegen vor, wenn aus dem Kreis der Familienangehörigen zwei oder mehr Personen über einen Vertrag versichert werden. Es wird ein Familiennachlass von 10 % gewährt. Als Familie gilt auch eine eheähnliche oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaft.

Besondere Tarifbestimmungen zu Gesundheit und Vorerkrankungen

1 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (ESE)

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung, um die Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Art der Verletzung oder Erkrankung, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrags in der VHV Allgemeine Versicherung AG unentbehrlich.

Wir weisen darauf hin, dass für die Zeit der Risikoprüfung kein Versicherungsschutz besteht, auch nicht wenn der Antrag auf eine private Unfallversicherung bereits im Hause der VHV Allgemeine Versicherung AG vorliegt. Die Prüfung des Antrags kann erst mit Vorliegen der unterschriebenen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung vorgenommen werden.

Die ESE steht im Internet unter www.vhv.de zum Herunterladen bereit.

2 Grundsätzliches zur Gesundheitsprüfung (gilt nur bei Beantragung des Bausteins Unfall EXKLUSIV):

Wir bitten zu beachten, dass wir zur Risikoprüfung keine genetischen Untersuchungen oder Analysen verwenden dürfen! Wir bitten daher darum, uns keine Untersuchungsergebnisse oder Daten mit genetischen Analysen zu übersenden!

– Die Gesundheitsprüfung erfolgt je versicherte Person.

– Eine nachträgliche Meldung der Gesundheitsangaben ist nicht zulässig.

Für die Antragsprüfung sind die von uns angegebenen folgenden Krankheiten und Gebrechen maßgeblich, die wahrheitsgemäß beantwortet werden müssen:

2.1 Gesundheitsprüfung

Die zu versichernde Person ist gesund und leidet aktuell oder innerhalb der letzten 5 Jahre unter keiner Krankheit aus dem unten genannten Bereich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck/Hypertonie
- Arterielle Verschlusskrankheiten
- Arteriosklerose (Arterienverkalkung)
- Herzinfarkt (Myokardinfarkt)
- Schlaganfall (Apoplex)
- Herzinsuffizienz
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz

- Angina Pectoris (Brustenge)
- Koronare Herzkrankheit/KHK
- Herzoperation
- Herztransplantation
- Bypässe/Stents
- Aneurysma
- Thrombose

Wirbelsäule/Bewegungsapparat

- Bandscheibenschäden
- Wirbelkörperfrakturen
- Arthrose (Gelenkverschleiß)
- Rheuma/Arthritis/Gelenkentzündung
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Gelenksfraktur
- Fraktur ohne Gelenkbeteiligung
- Spinalkanalstenose/Wirbelkanalenge
- Fibromyalgie
- Hemiparese/Halbseitenlähmung
- Skoliose
- Glasknochenkrankheit
- Meniskusschaden
- Bänderrisse
- Marfan-Syndrom
- Borreliose

Gehirn, Nerven und Psyche

- Depressionen
- Burn-out-Syndrom
- Epilepsie
- Geistige Behinderung
- Multiple Sklerose
- Autismus
- Alzheimer/Demenz
- Trisomie 21/Down-Syndrom
- Parkinson
- Spastische Lähmung
- Wasserkopf/Hydrozephalus
- Schizophrenie
- Manisch-depressive Erkrankung

Blut-, Immunsystem und Stoffwechsel

- Diabetes mellitus
- Bluterkrankheit/Hämophilie
- Sonstige Blutgerinnungsstörungen
- AIDS/HIV
- Mukoviszidose/zystische Fibrose
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Tumor und Krebserkrankungen

- Gutartiger Tumor
- Gehirntumor
- Andere bösartige Tumore
- Leukämie/Blutkrebs
- Knochenmark-/Stammzelltransplantation

Innere Organe

- Asthma
- Leberleiden
- Organtransplantation
- Nierenleiden
- Lungenerkrankungen

Suchterkrankungen

- Alkoholmissbrauch
- Drogenmissbrauch

Arztberichte oder erforderliche Fragebögen sind generell zusammen mit dem Antrag und der Einwilligung zur Schweigepflichtentbindungserklärung einzureichen.

2.2 Dauernd Pflegebedürftige

Nicht versicherbar sind dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im höheren Maß auf Hilfe angewiesen ist. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung in den Pflegegrad 4 der gesetzlichen Pflegeversicherung.

3 Dynamische Anpassung

Die Versicherung mit Summenzuwachs um jeweils 3 % oder 5 % (Dynamik) ist bei allen Tarifen möglich, sofern die jeweilige Höchstversicherungssumme nicht erreicht ist.

Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle tausend Euro,
- für die Übergangsleistung auf volle hundert Euro,
- für die Unfallrente auf volle zehn Euro,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.

Wenn infolge der dynamischen Anpassung eine der Höchstversicherungssummen in der entsprechenden Leistungsart (z. B. Invalidität, Krankenhaustagegeld, Todesfallsumme) erreicht wird, erfolgt für den Gesamtvertrag keine weitere dynamische Anpassung.

4 Nicht versicherbare Berufe

- Artisten, Akrobaten, Tiertrainer/Tierbändiger, Stuntman
- Berufs-/Profisportler, die durch den Sport ihren Lebensunterhalt bestreiten und ihn zeitgemäß wie einen Beruf ausüben
- Berufstaucher und Tauchlehrer
- Kampfmittelräumdienst, Sprengpersonal, Munitionssucher
- Offshore-Personal sowie Schiffsbesatzungen
- Pyrotechniker, Feuerwerker
- Rennreiter, Skilehrer
- Schausteller
- Spezialeinheiten bei der Polizei (SEK, MEK, GSG)
- Testfahrer, Rennfahrer
- Untertagetätige, Bergleute, Erzaufbereiter

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.vhv.de/vhv/privat/Datenschutz.html abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Liste oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die VHV Allgemeine Versicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover oder per E-Mail an service@vhv.de.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei der VHV Allgemeine Versicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, oder per E-Mail an service@vhv.de.

Sofern wir Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung im Sinne des Art. 22 Code of Conduct einsetzen, haben Sie die Möglichkeit, der Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an den jeweiligen Dienstleister zu widersprechen, sofern Sie wegen Ihrer besonderen persönlichen Situation schutzwürdige Interessen geltend machen können, die unsere Interessen im Einzelfall überwiegen.

Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Wechseln Sie von einem anderen Kfz-Versicherer zu uns, ist für die Einstufung des Kfz-Haftpflicht- und Vollkaskovertrags die Vorversicherungszeit maßgeblich, falls unser Tarif ein Schadenfreiheitsystem für Ihr Fahrzeug vorsieht. Wir sind nach den Regelungen in den AKB über „Auskünfte zum Schadenverlauf“ berechtigt, beim Vorversicherer zum Schadenverlauf anzufragen und das Ergebnis der Anfrage zu speichern.

Wir möchten Sie ferner darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller dazu verpflichtet sind, uns Fragen zu Vorschäden und Vorversicherungen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine

Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadensschilderung nicht im Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grunde melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-his.de

Werbung, Markt- und Meinungsforschung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der VHV-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen. Wir weisen Sie ferner darauf hin, dass wir Ihre E-Mailadresse, soweit Sie uns diese mitgeteilt haben, zur Werbung für eigene oder ähnliche Versicherungsprodukte verwenden. Sie können auch dieser Nutzung jederzeit formlos widersprechen, ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen anfallen.

Einwilligungserklärung Bonitätsauskünfte

Ich willige ein, dass der Versicherer zur Prüfung eines Vertragsabschlusses, bei Vertragsänderungen, bei Zahlungsverzug und bei einem Leistungsfall Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von der Schufa oder vergleichbaren Unternehmen einholen und nutzen kann. Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der Auskunftei eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematischer-statistischer Daten erzeugt wird, eingeholt und genutzt werden kann. Damit Verwechslungen hinsichtlich des Antragstellers oder des Kunden ausgeschlossen werden können, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift, und ggf. das Geburtsdatum an die Auskunftei weiterzugeben. Sie haben die Möglichkeit, der Übermittlung eines Scorewertes bei der Auskunftei zu widersprechen. Zurzeit arbeiten wir mit folgenden Auskunfteien zusammen, bei denen Sie Auskunft zu Ihren Bonitätsdaten verlangen können:

- Schufa Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, www.schufa.de
- infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.arvato-infoscore.de
- Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss, www.boniversum.de / www.creditreform.de
- Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg, www.buergel.de

VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover
T 0511.65 50 50 30
F 0511.907-89 99
vhv.de