

UNFALL VERSICHERUNG

DER SCHUTZ VOR DEN FINANZIELLEN FOLGEN EINES UNFALLS.

Stand: 1. Januar 2026

VERTRAGSGRUNDLAGEN

Ihres Assekuradeurs zur Unfallversicherung (Stand 1. Januar 2026)

Diese Verbraucherinformation beinhaltet u. a. eine Sammlung von Bedingungswerken, die für die genannten Unfallversicherung Vertragsgrundlage sein können. Für Ihren Vertrag gelten aber nur die für das jeweils gewählte Produkt gültigen und im Versicherungsschein ausdrücklich genannten Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Unfall Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	3
Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	5
Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	9
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall PREMIUM 2026)	10
Zusatzbedingungen für den Baustein PREMIUM-PLUS 2026 zur Unfallversicherung (ZB Baustein Unfall PREMIUM-PLUS 2026)	32
Zusatzbedingungen für den Baustein EASY CARE 2026 zur Unfallversicherung (ZB Baustein EASY CARE 2026)	42
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)	45
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)	46
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)	47
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 3 % (BB Dynamik 3 % – Modell 2)	48
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 % (BB Dynamik 5 % – Modell 3)	49
Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung	50
Datenschutzhinweise	51

UNFALLVERSICHERUNG

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VHV ALLGEMEINE VERSICHERUNG AG

mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt:

Unfallversicherung

Dieses Blatt dient Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



Was ist versichert?

Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen.
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.
- ✓ Kostenersatz für kosmetische Operationen und Zahnersatz.

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z. B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe).
 - ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement.
- Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall).
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✗ Sachschäden (z. B. Brille, Kleidung).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum.
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat.
- ! Bandscheibenschäden.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten oder den einmaligen Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

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: Dr. Sebastian Reddemann (Sprecher), Ulf Bretz, Dr. Thomas Diekmann,
Sina Rintelmann, Dr. Angelo O. Rohlf

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Thomas Voigt

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. Identität des Assekuradeurs

Manufaktur Augsburg GmbH

Rechtsform: Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Registergericht: Amtsgericht Augsburg

Registernummer: HRB 27590

USt-IdNr.: 103/132/12349

Hausanschrift und Sitz der Gesellschaft: Proviantbachstr. 30, 86153 Augsburg

Geschäftsführung: Armin Christofori, Thomas Müller

4. 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.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

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

6. Gesamtpreis der Versicherung

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

7. 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.

8. Beitragszahlung

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

9. Gültigkeitsdauer des Angebots

Den Ihnen überreichten Angebots- und Antragsunterlagen liegen die Beiträge, Versicherungsleistungen, Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zugrunde, die zum Zeitpunkt der Aushändigung gelten.

10. 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 14 Tagen 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, es sei denn, Sie haben die verspätete Zahlung nicht zu vertreten.

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.

11. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 – Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, dies allerdings nur, wenn Sie Ihre Vertragserklärung als Verbraucher abgegeben haben,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Manufaktur Augsburg GmbH, Proviantbachstr. 30, 86153 Augsburg

Fax: +49 (0)821 71008-599, E-Mail: service@manaug.de

Widerrufsfolgen

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

- $\frac{1}{30}$ des Monatsbeitrags bzw.
- $\frac{1}{90}$ des Vierteljahresbeitrags bzw.
- $\frac{1}{180}$ des Halbjahresbeitrags bzw.
- $\frac{1}{360}$ des Jahresbeitrags

Die Erstattung zurückzahlender 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.

Abschnitt 2 – Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6.
 - a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
 - b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;

7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11.
 - a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
 - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

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

Wenn es sich beim Versicherungsnehmer um einen Verbraucher oder um eine Person handelt, die sich in verbraucherähnlicher Lage befindet, gilt:

Bei Streitigkeiten in Versicherungsangelegenheiten können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen und erkennen die Entscheidungen des Ombudsmanns bis zu einem Streitwert von 10.000 EUR als verbindlich an. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

17. Aufsichtsbehörde

Wenn Sie als Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch uns als Versicherer nicht zufrieden sind oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Wir unterliegen als Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Telefon: 0800 2 100 500

E-Mail: poststelle@bafin.de

Internet: www.bafin.de

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

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

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten 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 Manufaktur Augsburg GmbH, Proviantbachstr. 30, 86153 Augsburg schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabversicherung 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 Vertrages 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung PREMIUM 2026 (AVB Unfall PREMIUM 2026)

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff und Versicherungsschutz

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Wählbare Leistungsarten

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Unfallrente
- 2.3 Übergangsleistung
- 2.4 Tagegeld
- 2.5 Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld/Komageld
 - 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
 - 2.5.3 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)
 - 2.5.4 Komageld
 - 2.5.5 Auslandskrankenhaustagegeld
- 2.6 Todesfalleistung
 - 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.6.2 Regelung bei Verschollenheit
 - 2.6.3 Art und Höhe der Leistung
 - 2.6.4 Extra-Kindergeld/Doppelte Todesausfalleistung
 - 2.6.5 Verdoppelung der Todesfalleistung als Insasse eines Verkehrsmittels des öffentlichen Personen-Nahverkehrs

Generelle Leistungsarten

- 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
- 2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 2.9 Unfall-Service
- 2.10 Rooming-in-Leistung
- 2.11 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern
- 2.12 Kur- und Reha-Tagegeld
- 2.13 Kosten für Nachhilfeunterricht
- 2.14 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss
- 2.15 Sofortleistung bei Schwerverletzten
- 2.16 Medizinisch-berufskundliche Leistungen und Reha-Dienstleistung und Hilfe zur sozialen Rehabilitation
- 2.17 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie
- 2.18 Vorsorgeversicherung
 - 2.18.1 Vorsorgeversicherung für Kinder
 - 2.18.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebensgemeinschaft
 - 2.18.3 Vorsorgeversicherung für private Bauvorhaben (Bauhelfer-Unfallversicherung)
- 2.19 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen
- 2.20 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung
- 4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 5.1.1 Straftaten
 - 5.1.2 Luftfahrt und Luftsport
 - 5.1.3 Rennveranstaltungen
 - 5.1.4 Kernenergie
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
 - 5.2.1 Bandscheiben und Blutungen
 - 5.2.2 Strahlen
 - 5.2.3 Eingriffe durch Heilmaßnahmen
 - 5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

- 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-/Erwachsenentarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 6.1 Umstellung des Kinder-/Erwachsenentarifs
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
 - 6.2.1 Mitteilung der Änderung
 - 6.2.2 Auswirkungen der Änderung
 - 6.2.3 Versehensklausel

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Vertragsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 10.2.1 Vertragsdauer
 - 10.2.2 Stillschweigende Verlängerung
 - 10.2.3 Vertragsbeendigung
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Versicherungsjahr
- 10.5 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag
 - 11.2.1 Fälligkeit der Zahlung
 - 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
 - 11.2.3 Rücktritt
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
 - 11.3.2 Verzug
 - 11.3.3 Zahlungsfrist
 - 11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung
 - 11.6.1 Bei der Versicherung von Kindern
 - 11.6.2 Bei Arbeitslosigkeit
 - 11.6.3 Bei Arbeitsunfähigkeit

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 - 13.2.1 Rücktritt
 - 13.2.2 Kündigung
 - 13.2.3 Vertragsänderung
- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 14 Gestrichen
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 15.1 Gesetzliche Verjährung
- 15.2 Aussetzung der Verjährung
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?**
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

18	Tarifanpassung
19	Welches Recht findet Anwendung?
20	Sanktionsklausel
21	Wechsel des Versicherers

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 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.

1.3.3 Ergänzend besteht auch Versicherungsschutz für:

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
- den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen,

auch ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff und Versicherungsschutz

Nachfolgend werden Erweiterungen zum Unfallbegriff und Versicherungsschutz geregelt.

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 die Ausschlüsse (Ziffer 5).

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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.

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leistenbruch) zuzieht.

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schranks einen Leistenbruch zu.

- 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.

1.4.2 Vergiftungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), z. B. durch Alkohol,
- Nahrungsmittelvergiftungen,
- Pflanzenvergiftungen, die durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,
- Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, – wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren etc. durch unabwendbare Umstände bis zu 7 Tage lang ausgesetzt ist –,

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Berufskrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.4.3 Strahlen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser-, ultraviolette (UV)- und Wärmestrahlen (Sonnenbrand und Sonnenstich) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.4 Druckwellen und sonstige Einwirkungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen (z. B. Knalltrauma),
- mechanischer (z. B. Sturz), chemischer (z. B. Verätzung) oder elektrischer (z. B. Stromschlag) Einwirkung

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.5 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.

Mitversichert sind Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen 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 1,5 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,
- einen Zuckerschok (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.

Grundsätzlich bieten wir keinen Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

1.4.6 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Dies gilt jedoch nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- bei der aktiven Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Weiterhin versichert sind Unfallfolgen durch

- Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden,
- gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- Unfälle durch Schlägereien, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Schlägereien verwickelt war.

1.4.7 Luftfahrt- und Luftsportisiko

Als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug) besteht der vereinbarte Versicherungsschutz.

Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z. B. bei einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung.

Dem Flugschüler in der Ausbildung zur Führung eines Luftfahrzeugs gewähren wir ebenfalls den vereinbarten Versicherungsschutz, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Lizenz zum Fliegen erforderlich ist.

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.

Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen und ist daher mitversichert.

1.4.8 Fahrtveranstaltungen

Bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (das sind z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten), besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Ebenso sind Unfälle versichert, die der versicherten Person als Fahrer bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen passieren, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

Zu den versicherten Veranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeugs im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings). Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

1.4.9 Eingriffe durch Heilmaßnahmen

Für unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

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

Weiterhin besteht Versicherungsschutz bei Eingriffen des täglichen Lebens.

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

1.4.10 Infektionen

Abweichend von 2.1.1.2 beginnt die dort genannte Frist bei den nachfolgenden Fällen a) bis e) nicht mit dem Unfall, sondern erst mit der Feststellung einer eingetretenen Invalidität durch einen Arzt.

Die versicherte Person infiziert sich

- a) mit Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

Beispiel: Wenn die versicherte Person sich dadurch infiziert, dass sie angehustet oder angeniest wird, besteht kein Versicherungsschutz.

- b) durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3),

- c) unabhängig vom Übertragungsweg (auch abweichend von 1.4.10 a) besteht Versicherungsschutz bei einer Infektion durch einen Erreger (z.B. auch 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,
- Tollwut,
- Tuberkulose,
- Tularämie (Hasenpest),
- Typhus und Paratyphus,
- Wundstarrkrampf (Tetanus).

Als Unfallereignis gelten auch

- d) Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen. Erleidet die versicherte Person nach einer erfolgten Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- e) Wundinfektionen und Blutvergiftungen infolge eines Unfallereignisses.

- 1.4.11 Psychische Erkrankung durch Unfall
Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
- 1.4.12 Höhenkrankheit
Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.
- 1.4.13 Oberschenkelhalsfraktur, Armfraktur
Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch eine Eigenbewegung – unabhängig von einem Unfallereignis – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur erleidet.
- 1.4.14 Führen von Land- oder Wasserfahrzeugen bei Minderjährigen
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.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein 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 Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), 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 enannt 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 für 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 einschließlich Schulterhaupt- und Schulterreckgelenk	80 %
▪ Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
▪ Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
▪ Hand	70 %
▪ Daumen	30 %
▪ Zeigefinger	20 %
▪ 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.

Hinweis: Werden Hilfsmittel wie Implantate oder Prothesen bei einem Unfall beschädigt, handelt es sich um einen Sachschaden, der nicht zum Leistungsumfang einer Unfallversicherung zählt.

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 zur 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 sechs Monate an.
- 2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben 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 drei 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 drei Monate besteht, zahlen wir ein Viertel der vereinbarten Versicherungssumme als Vorschuss.
- 2.3.3 Abweichend von 2.3.1.2 und 2.3.2 zahlen wir insgesamt die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme wenn eine 100%ige Beeinträchtigung vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate besteht. Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von neun Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Alle anderen Regelungen gelten unverändert.
- 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 Tagegelds.

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 Tagegeld wird für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts sowie für längstens 14 Tage danach gezahlt.

2.5 Krankenhaustagegeld/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 Krankenhaustagegeldanspruch entfällt 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 Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

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

2.5.3 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)

Zusätzlich zahlen wir Genesungsgeld

- für die gleiche Anzahl von Kalendertagen und in gleicher Höhe, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären oder ambulanten chirurgischen Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld 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 achten Tag, maximal zwölf Wochen, als zusätzliche Leistung ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes 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.

2.6 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

Ergänzend gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, 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 Todesfallleistung
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.
- 2.6.5 Verdoppelung der Todesfallleistung als Insasse eines Verkehrsmittels des öffentlichen Personen-Nahverkehrs
Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme.

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 oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen zum äußeren Erscheinungsbild. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen oder Teleskopprothesen.
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 25. Lebensjahres.
- Voraussetzung ist auch, 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,
 - Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust,
 - Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel.
- Der Ersatz ist insgesamt auf 75.000 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 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 oder einem Krankenhaus in der Nähe, 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 leisten Ersatz für nachgewiesene Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von 75.000 Euro.
Therapiekosten einer Druckkammerbehandlung werden zusätzlich bis maximal 75.000 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 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 (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) nach einem Unfallereignis (gemäß Ziffer 1.3) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für maximal 75 Übernachtungen ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 75 Euro je Tag gezahlt.
- 2.10.2 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.11 Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern

- 2.11.1 Wir erstatten nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern bis zu maximal 17.500 Euro je Unfallereignis, wenn
- sich 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 vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- 2.11.3 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 drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei 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- und Reha-Maßnahmen werden nur die tatsächlichen Behandlungstage gezahlt.
- 2.12.2 Höhe der Leistung
- Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 50 Euro täglich und wird einmalig für längstens 350 Tage innerhalb des o. g. Zeitraums gewährt, höchstens jedoch 17.500 Euro.
- 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 ausgefallenen Schultag.

Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet. Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 3.000 Euro begrenzt. Die Kosten für Nachhilfeunterricht übernehmen wir für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

2.14 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens oder einen Bänderriss, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 200 Euro.

2.15 Sofortleistung bei Schwerverletzten

- 2.15.1 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:
- Querschnittslähmung 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.

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

2.15.3 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.

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

2.16 Medizinisch-berufskundliche Leistungen und Reha-Dienstleistung und Hilfe zur sozialen Rehabilitation

2.16.1 Zur medizinischen Rehabilitation nach schweren Unfallverletzungen, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führen, stellen wir – auf Wunsch – auf unsere Kosten der versicherten Person einen Reha-Manager zur Seite, der

- bei der Beantragung von Leistungen der jeweiligen Kostenträger unterstützt,
- geeignete Fachärzte, Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen benennt, über deren technische Ausstattungen informiert und alle organisatorischen Maßnahmen wie Terminvereinbarung und Transport koordiniert,
- die optimalen Pflege- und Betreuungskonzepte zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen zusammen mit der versicherten Person, deren Angehörigen, Ärzten und Therapeuten abstimmt,
- über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität über geeignete Hilfsmittel wie z. B. Rollstuhl oder Rollator berät.
- Speziell für minderjährige Kinder werden
- kindgerechte Therapieangebote vermittelt und organisiert, wie z. B. Logopädie, Hippotherapie, Delfintherapie,
- die Eltern oder Erziehungsberechtigten über die optimale Pflege und Betreuung des Kindes beraten. Hierzu zählen:
 - Empfehlungen zum Pflegeumfang für die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und Betreuungspflege,
 - die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte,
 - die Vermittlung von Pflegeinstitutionen mit entsprechenden Kostenvergleichen,
 - die Vermittlung von Pflegehilfsmittelversorgung,
 - Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte,
 - die Unterstützung gegenüber der Pflegekasse und dem MDK (Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen).

Insbesondere bei beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen bietet der Reha-Manager individuelle Unterstützung bis hin zur Unterbringung in speziellen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche an.

Gleichzeitig werden die schulischen und sozialen Belange des Kindes und der Familie in die Planung einbezogen und berücksichtigt.

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

2.16.2 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, Hilfsmittel (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 vier Jahren nach dem Unfall
- ausschließlich durch unfallbedingte Invalidität

erforderlich sein.

2.17 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie

Sind nach einem Unfall eine der folgenden Therapien notwendig, die vom Sozialversicherungsträger oder privaten Krankenversicherer nicht erstattet werden, 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

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

2.18 Vorsorgeversicherung

2.18.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Während der Vertragsdauer geborene Kinder sowie adoptierte Kinder (unter 14 Jahren) des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt bzw. der Adoption für ein Jahr mit 100.000 Euro für den Invaliditätsfall und 10.000 Euro für den Todesfall 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.

2.18.2 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.

2.18.3 Vorsorgeversicherung für private Bauvorhaben (Bauhelfer-Unfallversicherung)

2.18.3.1 Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Zusätzlich zu den über diesen Vertrag versicherten Personen besteht für die Dauer eines privaten Bauvorhabens des Versicherungsnehmers auch Versicherungsschutz für maximal vier Bauhelfer.

Beitragsfrei versichert sind ohne Namensnennung maximal vier private Bauhelfer (nicht der Bauherr selbst). Diese müssen für das genannte Bauvorhaben tätig sein. Alle gewerblich tätigen Personen fallen nicht darunter.

Der Versicherungsschutz beginnt mit Betreten und endet mit Verlassen der Baustelle. Hin- und Rückweg sind nicht versichert.

2.18.3.2 Art und Höhe der Leistungen

Die Bauhelfer sind während des Bauvorhabens gemäß Ziffer 2.18.3.1 mit

- 50.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und
- 10.000 Euro für den Todesfall

versichert.

2.19 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

Werden dem von Ihnen gewählten Manufaktur Augsburg Produkt (z. B. PREMIUM) zukünftig Unfall-Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt, die ausschließlich zu Ihrem Vorteil von dem 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.

2.20 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechterstellen 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 28.09.2015 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 20 % geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 80 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 4 %.

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

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Straftaten

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

5.1.2 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

5.1.3 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.

5.1.4 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.

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.

5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

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

Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach schwerem Verkehrsunfall*
- *Angstzustände nach Gewaltverbrechen*

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

6.1 Umstellung des Kinder-/Erwachsenentarifs

6.1.1 Jeweils zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person eine der nachfolgend genannten Altersstufen erreicht hat, erfolgt eine Beitragsanpassung auf die nächste Altersstufe.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

Es gelten folgende Altersstufen:

- 0 – 17 Jahre
- 18 – 59 Jahre
- 60 – 66 Jahre
- 67 Jahre und älter

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.

▪ Berufsgruppe A

Die Einstufung in die Berufsgruppe A erfolgt für versicherte Personen, die eine kaufmännische, verwaltende, planende oder lehrende Tätigkeit ausüben. Dazu zählen z. B. Berufe in der Verwaltung, im Verkauf, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen, außerdem aufsichtsführende Tätigkeiten im Betrieb oder auf Baustellen.

Auch Personen, die keine berufliche Tätigkeit ausüben, also Schüler, Rentner und Pensionäre werden der Berufsgruppe A zugeordnet.

▪ Berufsgruppe B

Die Einstufung in diese Berufsgruppe B erfolgt für versicherte Personen, die eine körperliche, sportliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben (einschließlich mitarbeitender Meister). Dazu zählen z. B. Berufe im Gastgewerbe, in der Holz-, Metall- oder Kunststoffverarbeitung sowie der Vollzugsdienst (nicht Verwaltung) bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei oder Feuerwehr.

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

Übt eine Person mehrere Tätigkeiten aus, so wird die Tätigkeit zugrunde gelegt, die zum überwiegenden Anteil (Stunden pro Woche) ausgeübt wird.

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 sechs Monaten ab der Änderung.

6.2.3 Versehensklausel

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte 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 Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag 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.
- Ansonsten muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- 7.5** Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, so 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 Ihren Versicherungsschutz.
- Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
- Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?**
- Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:
- 9.1 Erklärung über 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 mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- 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 zwei 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.

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.

Der Vertrag kann nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres von Ihnen jederzeit mit Wirkung ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt gekündigt werden.

Wir können den Vertrag grundsätzlich unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum vereinbarten Ablauftermin oder zum Ende jedes darauffolgenden Versicherungsjahres kündigen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch am Ende 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 drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.

10.5 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII von mindestens Pflegegrad 3 festgestellt, können Sie bestimmen, dass der Vertrag für die betroffene Person mit Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit endet. Als Nachweis übersenden Sie uns bitte eine Kopie des Leistungsbescheids. Der Vertrag wird rückwirkend zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die betroffene Person aufgehoben und der Beitrag maximal für drei Jahre erstattet.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass der Versicherer ebenfalls von seinem Kündigungsrecht Gebrauch machen und den Vertrag zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen kann.

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 als Elternteil eines versicherten Kindes während der Versicherungsdauer sterben und
- 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 zwölf Monate vollbeschäftigt gewesen sind,
 - die Arbeitslosigkeit mindestens einen Monat andauert,
 - keiner bezahlten Beschäftigung mehr nachgehen,
 - bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) als arbeitslos gemeldet sind,
 - der Beitrag zu diesem Vertrag gezahlt ist,

wird dieser Vertrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit

- längstens für zwölf 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

Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als sechs 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 sechs Monaten ab Versicherungsbeginn.

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

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

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

Der Versicherungsvertrag wird nach der Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig weitergeführt.

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 zugefallen 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 Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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 Gefahrsicherung 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 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

Gestrichen

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.

18 Tarifierfassung

18.1 Der Versicherer ist berechtigt, einmal jährlich die Tarifbeiträge für bestehende Verträge unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu überprüfen, um sie an die erwartete Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen und einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

18.2 Die Beiträge können für Teile des Gesamtbestands, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren getrennt ermittelt werden.

18.3 Ergibt sich aus der Überprüfung der Beiträge ein Erhebungsbedarf von mindestens 5 %, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge bestehender Verträge um diesen Änderungssatz, höchstens um 20 %, anzupassen.

18.4 Wenn die Überprüfung eine Beitragssenkung um mindestens 5 % ergibt, ist der Versicherer zu einer entsprechenden Anpassung verpflichtet.

18.5 Beitragsanpassungen werden zur Hauptfälligkeit des Vertrags mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen.

18.6 Beitragssenkungen können auch ohne gesonderte Information durchgeführt werden. Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung des Beitrags mitgeteilt. Er kann dann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20 Sanktionsklausel

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

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

21 Wechsel des Versicherers

Die Manufaktur Augsburg GmbH ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit in Ihrem Namen bei einem anderen Versicherer als Risikoträger in Deckung zu nehmen oder/und weitere Versicherer zu beteiligen.

Dies ist jedoch nur bei gleichbleibendem Versicherungsschutz und bei gleichbleibendem Beitrag / gleichbleibendem Beitragssatz möglich. Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel mitzuteilen.

Bei Wechsel des Versicherers kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Mitteilung den Vertrag mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Wirksamwerden des Versichererwechsels, kündigen.

Wichtiger Hinweis zu allen vorgenannten Punkten

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

Zusatzbedingungen für den Baustein PREMIUM-PLUS 2026 zur Unfallversicherung (ZB Baustein Unfall PREMIUM-PLUS 2026)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung PREMIUM 2026 (AVB Unfall PREMIUM 2026).

1 Wie können wir sofort helfen?

- 1.1 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze
- 1.2 Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims
- 1.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2 Welche zusätzlichen Geldleistungen können beansprucht werden?

- 2.1 Gliedertaxe
- 2.2 Kosmetische Operationen und Zahnersatz
- 2.3 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern
- 2.4 Verlängerung von Krankenhaustagegeld
- 2.5 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)
- 2.6 Übergangsleistung
- 2.7 Todesfalleistung
- 2.8 Schmerzensgeld

3 Was ist über die AVB Unfall hinaus versichert?

- 3.1 Eigenbewegungen
- 3.2 Verzicht auf Kürzung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
- 3.3 Infektionen und Desensibilisierungsmaßnahmen
- 3.4 Selbst gebaute Feuerwerkskörper
- 3.5 Anzeigefrist für den Invaliditätsfall
- 3.6 Neufeststellung der Invalidität
- 3.7 Passives Kriegsrisiko
- 3.8 Obliegenheiten
- 3.8.1 Ersatz von Verdienstausfall bei Freiberuflern und Selbstständigen
- 3.8.2 Anzeigefrist bei Unfalltod
- 3.9 Mitwirkung von Krankheiten
- 3.9.1 Infolge Entführung / Geiselnahme nicht oder falsch verabreichte Medikamente
- 3.9.2 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, durch ein Unfallereignis
- 3.10 Sonstige Erweiterungen
- 3.10.1 Minderjährige beim Lenken von Fahrzeugen ohne Führerschein
- 3.10.2 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – Wartezeiten
- 3.10.3 Helmbonus

4 Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?

- 4.1 Vorsorgeversicherung für Kinder
- 4.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft
- 4.3 Besserstellungsgarantie
- 4.4 Leistung bei natürlichem oder künstlichem Koma
- 4.5 Pflegegeld
- 4.6 Leistungen für Kinder
- 4.6.1 Kosten Kinderbetreuung / Haushaltshilfe wegen Unfall der Aufsichtsperson
- 4.6.2 Rooming-in-Leistung für minderjährige Kinder und Mehrkosten im Einzelzimmer
- 4.6.3 Nachhilfeunterricht für Kinder
- 4.6.4 Kostenerstattung für Zahnsparungen
- 4.7 Rehabilitationsleistungen
- 4.7.1 Behinderungsbedingte Kosten
- 4.7.2 Leistung bei unfallbedingter Kur (innerhalb 3 Jahren bei 2 wöchiger Kur)
- 4.7.3 Kostenerstattung für medizinische und berufliche Rehabilitation innerhalb von 3 Jahren
- 4.7.4 Kosten für psychologische Betreuung
- 4.8 Leistungen auf Reisen
- 4.8.1 Kosten für die Verlegung in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus
- 4.8.2 Rückreise-Mehrkosten bei Unfällen im Ausland für mitreisende Familienangehörige
- 4.8.3 Kosten für die Betreuung von Kindern
- 4.8.4 Kosten für die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen
- 4.8.5 Kosten für Heimtransport und Versorgung von Haustieren
- 4.8.6 Besuchskosten nahestehender Personen bei Krankenhausaufenthalt
- 4.8.7 Kosten für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung

5 Optionale Zusatzleistungen

- 5.1 Aktiv Plus
- 5.2 Schmerzensgeld PLUS
- 5.3 Krebs-Soforthilfe (mit Leistung für kosmetische Operationen bei Brustkrebserkrankungen)

1 Wie können wir sofort helfen?

1.1 Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

Abweichend von Ziffer 2.8.2 AVB Unfall werden die nachgewiesenen Kosten vollständig übernommen.

1.2 Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

1.2.1 Ergänzend zu Ziffer 2.15.1 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 Ehe- oder Lebenspartner (soweit im Rahmen des Vertrags mitversichert) je 50.000 Euro.

1.2.4 Der Versicherungsschutz endet frühestens

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

1.3 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Abweichend von Ziffer 2.15.1 AVB Unfall zahlen wir einmalig eine Leistung von 10% der Invaliditätssumme, max. 20.000 Euro, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

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 einschließlich Schulterhaupt- und Schulterreckgelenk	80 %
▪ Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
▪ Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
▪ Hand	80 %
▪ Daumen	30 %
▪ Zeigefinger	20 %
▪ kleiner Finger	15 %
▪ anderer Finger	15 %
▪ für sämtliche Finger einer Hand höchstens	70 %
▪ Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
▪ Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
▪ Bein bis unterhalb des Knies	80 %
▪ Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
▪ Fuß	60 %
▪ große Zehe	20 %
▪ andere Zehe	10 %
▪ Auge	65 %
▪ sofern ein Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	90 %
▪ Gehör auf einem Ohr	50 %
▪ Gehör auf beiden Ohren	80 %
▪ sofern das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren war	80 %
▪ 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 %
▪ Milz bei Kindern	20 %
▪ Gallenblase	10 %
▪ Magen	20 %

- Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm 20 %
- Lungenflügel 50 %
- gänzlicher Verlust der Zeugungsfähigkeit 25 %
- gänzlicher Verlust der Empfängnis- oder Gebärfähigkeit 25 %

Für die inneren Organe Niere und Milz können Sie anstelle der hier 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 werden die nachgewiesenen Kosten vollständig übernommen.

2.3 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern

Abweichend von Ziffer 2.11.2 AVB Unfall werden die nachgewiesenen Kosten vollständig übernommen.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Verlängerung von Krankenhaustagegeld

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

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

2.4.2 Doppeltes Krankenhaus-Tagegeld im Ausland

Abweichend zu Ziffer 2.5.5 AVB Unfall zahlen wir bei einem Unfall im Ausland für jeden Kalendertag, den die versicherte Person vollstationär im ausländischen Krankenhaus behandelt wird, das Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe – längstens für fünf Jahre.

2.4.3 Pauschale Zahlungshöhe bei ambulanten chirurgischen Operationen

Ergänzend zu Ziffer 2.5.2 AVB Unfall zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld pauschal für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.5 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)

Ergänzend zu Ziffer 2.5.2 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 2.3.4 AVB Unfall zahlen wir die Hälfte der versicherten Übergangsleistung wenn eine 100%ige Beeinträchtigung ununterbrochen mehr als drei Monate besteht. Die Frist zur Geltendmachung beträgt 9 Monate. Die sonstigen Regelungen gelten unverändert.

2.7 Todesfalleistung

2.7.1 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.

2.7.2 Abweichend zu Ziffer 2.6.3 AVB Unfall verdoppelt sich die Todesfalleistung beider Elternteile sofern beide in diesem Vertrag versicherten Elternteile infolge desselben Unfalls sterben und ihre erb- oder bezugsberechtigten Kinder zurückbleiben, von denen mindestens eines das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.7.3 Ergänzend zu Ziffer 9.3 AVB Unfall müssen gegebenenfalls gezahlte Vorschüsse nicht zurückerstattet werden, sofern die versicherte Person im ersten Jahr nach dem Unfallereignis unfallbedingt versterben sollte

2.8 Schmerzensgeld

Abweichend zu Ziffer 2.14 AVB Unfall gilt Folgendes für die Leistung bei Bruch eines Knochens oder Bänderriss:

Sofern kein vollstationärer Krankenhausaufenthalt erfolgte, so zahlen wir einmalig 250 Euro.

Wurde die Verletzung im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts behandelt, zahlen wir ein Schmerzensgeld nach folgender Staffelung eine Pauschalleistung:

Ununterbrochener Krankenhausaufenthalt von

- bis zu drei Tagen: 250 EUR
- vier bis zu 30 Tagen: 500 EUR
- über 30 Tagen: 1.500 EUR

Das Schmerzensgeld wird einmal je Unfall gezahlt.

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

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

3.2.2 Der Mitwirkungsverzicht in Höhe von 100 % gilt nicht für Personen, die an einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten leiden:

- Multiple Sklerose,
- Parkinson,
- Glasknochenkrankheit.

Für die betroffenen Personen gilt, sofern die Erkrankung ursächlich für die Mitwirkung ist, eine Anrechnung der Mitwirkung ab 75 % gemäß Punkt 3.2 PREMIUM 2026.

3.3 Infektionen und Desensibilisierungsmaßnahmen

3.3.1 Mitversichert sind sonstige Infektionen durch

- geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung,
- einschließlich allergischer Reaktionen,

wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde.

Dies gilt auch für die versicherte Person, die sich bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase infiziert und eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.

Das Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllt den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

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

Die übrigen Regelungen gelten unverändert.

3.3.3 Ergänzend zu Ziffer 1.4.10 AVB Unfall gelten Infektionen, die durch Hautverletzungen von Tieren oder Insekten (z.B. durch Bisse oder Stiche) übertragen werden, als versichert.

3.4 Selbst gebaute Feuerwerkskörper

Abweichend von Ziffer 5.1.1 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.

3.5 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.

3.6 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.

3.7 Passives Kriegsrisiko

Abweichend von Ziffer 1.4.6 AVB Unfall besteht Versicherungsschutz bis zum Ende des 28. Tages. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

Für Angehörige der Bundeswehr oder vergleichbarer Streitkräfte gilt:

Unfälle, die sich während eines Einsatzes in einem Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet außerhalb des aktiven Dienstes ereignen, sind mitversichert, sofern sie nicht unmittelbar durch kriegsbedingte Handlungen (z. B. Waffeneinsatz, militärische Operationen, Anschläge) verursacht wurden.

Beispiel: Verkehrsunfall oder Fahrradsturz in der Freizeit, Sportunfall während dienstfreier Zeit.

3.8 Obliegenheiten

3.8.1 Ersatz von Verdienstausschlag bei Freiberuflern und Selbstständigen

Abweichend zu 7.3 AVB Unfall, erstatten wir einen pauschalen Betrag sofern bei Unternehmern, Geschäftsführern oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag infolge einer angeordneten ärztlichen Untersuchung nicht konkret nachgewiesen wird.

Dieser beträgt 2 Promille der zum Unfallzeitpunkt für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme oder des Jahresbruttobeitrags – maßgeblich ist der jeweils höhere Wert aus dem Vertragsteil der versicherten Person.

Die Leistung ist auf maximal 1.000 EUR je Untersuchung begrenzt.

3.8.2 Anzeigefrist bei Unfalltod

Abweichend zu den AUB wird 7.5 AVB Unfall gestrichen.

3.9 Mitwirkung von Krankheiten

3.9.1 Infolge Entführung / Geiselnahme nicht oder falsch verabreichte Medikamente

Ergänzend zu 1.4 AVB Unfall gilt als Unfallereignis auch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. In diesem Fall verzichten wir auch auf eine Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten gemäß 3 AVB Unfall.

3.9.2 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, durch ein Unfallereignis

Abweichend zu 5.2.1 AVB Unfall gelten unfallbedingte Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen als mitversichert.

3.10 Sonstige Erweiterungen

3.10.1 Minderjährige beim Lenken von Fahrzeugen ohne Führerschein

Abweichend zu 1.4.14 AVB Unfall gewähren wir den dort genannten Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

3.10.2 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – Wartezeiten

Abweichend zu 11.6.3 AVB Unfall reduziert sich die Wartezeit auf 3 Monate. Sollte die Arbeitsunfähigkeit durch ein Unfallereignis bedingt sein, das unter diesen Vertrag fällt, dann entfällt die Wartezeit komplett.

3.10.3 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person als Rad-, Ski-, Snowboard-, Skateboard-, Snakeboard-, Streetboard-, Inlineskate-, Rollschuh-, Kickboard-, Tretrollerfahrer oder als Reiter durch einen Unfall gemäß dieser Bedingungen eine Kopfverletzung und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm getragen, erhöht sich die Invaliditätsentschädigung aus der Invaliditätsgrundsumme für eine durch eine Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25 %, maximal jedoch um 50.000 EUR.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

4 Wann gewähren wir beitragsfreien Versicherungsschutz?

4.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Abweichend von Ziffer 2.18.1 AVB Unfall gelten für die Vorsorgeversicherung der Kinder:

Für während der Vertragsdauer geborene bzw. adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers besteht für das erste Jahr wie folgt Versicherungsschutz:

- für neugeborene Kinder ab der Geburt,
- für adoptierte Kinder unter 18 Jahren ab der Adoption.

Die Versicherungssummen richten sich nach dem Versicherungsschutz des bereits versicherten Kindes. Sind mehrere Kinder versichert, gelten die Versicherungssummen des ältesten Kindes.

Ist kein Kind versichert, so gelten die Versicherungssummen der ältesten, erwachsenen versicherten Person, mindestens jedoch

- 100.000 Euro Invaliditätssumme (ohne Progression),
- 10.000 Euro Todesfallsumme,
- 20 Euro Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld mitversichert.

Die Vorsorgeversicherung gewähren wir auch für Kinder, die der Ehepartner mit in die Ehe bringt, sofern die Kinder bei der Eheschließung das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im gemeinsamen Haushalt der Eheleute leben.

4.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Abweichend von Ziffer 2.18.2 AVB Unfall gelten bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft folgende Versicherungssummen:

Der Ehegatte/der Lebenspartner ist ab der Heirat für die Dauer von einem Jahr 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 Manufaktur Augsburg GmbH und kommt zum Tragen, wenn die Leistung Ihrer Manufaktur Augsburg 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 drei Jahre,
- zwischen Ablauf des Vertrags und Beginn unseres Vertrags lagen maximal drei 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 Manufaktur Augsburg 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, Pflegetagegeldversicherung, 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 Bürgerkriegereignisse verursacht werden.

4.3.4 Nachweis

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

4.4 Leistung bei natürlichem oder künstlichem Koma

Abweichend zu Ziffer 2.5.4 AVB Unfall beträgt das Komageld 30 Euro pro Tag und wird für maximal 3 Jahre gezahlt.

4.5 Pflegegeld

Wird der versicherten Person aufgrund eines Unfalls mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt, zahlen wir ein tägliches Pflegegeld für die Dauer der Pflegegradzuerkennung, längstens jedoch bis zu einem Jahr ab dem Unfalltag.

Das Pflegegeld beträgt 20 EUR pro Tag ab Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4.

4.6 Leistungen für Kinder

4.6.1 Kosten Kinderbetreuung / Haushaltshilfe wegen Unfall der Aufsichtsperson

Abweichend zu 2.11 AVB Unfall erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für den Zeitraum von sechs Monaten ab dem Unfalltag für eine Haushaltshilfe und die Betreuung der Kinder, einschließlich erforderlicher Begleitung z. B. zum Kindergarten oder Sportverein.

4.6.2 Rooming-in-Leistung für minderjährige Kinder und Mehrkosten im Einzelzimmer

Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem versicherten Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/ oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir abweichend zu 2.10 AVB Unfall die dafür anfallenden Mehrkosten.

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

4.6.3 Nachhilfeunterricht für Kinder

Abweichend zu 2.13 AVB Unfall erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht, wenn das versicherte Kind aufgrund eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes nicht am Schulunterricht teilnehmen kann.

Der Anspruch besteht für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach dem Unfallereignis.

4.6.4 Kostenerstattung für Zahnspangen

Wird die Zahnspange des versicherten minderjährigen Kindes bei einem versicherten Unfall beschädigt, ersetzen wir die unfallbedingten und nachgewiesenen Kosten für die Reparatur.

Die Leistung ist auf maximal 1.000 EUR je Unfallereignis begrenzt.

4.7 Rehabilitationsleistungen

4.7.1 Behinderungsbedingte Kosten

Abweichend zu 2.16.2 AVB Unfall erstatten wir innerhalb von vier Jahren nach einem Unfall die Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, sofern die Maßnahmen aufgrund einer ausschließlich durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind.

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 25.000 EUR für

- den behindertengerechten Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person,

- den Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz,
- den Umbau des Pkw der versicherten Person in ein behindertengerechtes Fahrzeug,
- medizinisch notwendige Hilfsmittel, wie z. B. Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenfahrräder,
- Gliedmaßenprothesen, die infolge des Unfalls beschädigt wurden und die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste. Hierfür übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen.

4.7.2 Leistung bei unfallbedingter Kur (innerhalb 3 Jahren bei 2 wöchiger Kur)

Abweichend zu 2.12 AVB Unfall zahlen wir für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens zwei Wochen, wenn eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt wird.

Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 30 EUR täglich, und wird längstens für 300 Tage gezahlt.

4.7.3 Kostenerstattung für medizinische und berufliche Rehabilitation innerhalb von 3 Jahren

Abweichend von Ziffer 2.16 AVB Unfall übernehmen wir die innerhalb von drei Jahren ab dem Unfalltag entstehenden Kosten, die aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendig sind für

- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- künstliche Organe und Organtransplantationen (unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität auch über den Ablauf der dafür vorgesehenen Frist hinaus noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können),
- die Anschaffung und Ausbildung von Assistenzhunden (z. B. Blinden- oder Signalthunde),
- behinderungsbedingte Schulungsmaßnahmen (z. B. Erlernen der Gebärdensprache oder der Blindenschrift)
- die Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

4.7.4 Kosten für psychologische Betreuung

Ergänzend zu 1.4.11 AVB Unfall gilt:

Wir übernehmen die Kosten für zehn Sitzungen einer ärztlich verordneten psychologischen Betreuung bzw. Behandlung für psychische und nervöse Störungen

- die aufgrund eines Unfalls eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Hirnnervensystems zurückzuführen sind,
- die nach einem Überfall oder einer Geiselnahme/Entführung eintreten,
- die nach dem Versterben einer im Vertrag versicherten Person oder eines Verwandten 1. Grades eintreten, oder aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung.

4.8 Leistungen auf Reisen

4.8.1 Kosten für die Verlegung in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus

Ergänzend zu 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir die Kosten für die Verlegung der versicherten Person in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens sieben Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.

4.8.2 Rückreise-Mehrkosten bei Unfällen im Ausland für mitreisende Familienangehörige

Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes für die verletzte Person erforderlich, übernehmen wir ergänzend zu 2.8.1.3 AVB Unfall die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR.

4.8.3 Kosten für die Betreuung von Kindern

Ergänzend zu 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir zusätzlich entstehende Kosten für die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

4.8.4 Kosten für die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen

Ergänzend zu Ziffer 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir zusätzlich entstehende Kosten für die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits ein Pflegegrad zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

4.8.5 Kosten für Heimtransport und Versorgung von Haustieren

Ergänzend zu 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir zusätzlich entstehende Kosten für den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 250 EUR begrenzt.

4.8.6 Besuchskosten nahestehender Personen bei Krankenhausaufenthalt

Ergänzend zu 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir zusätzlich entstehende Kosten für den Besuch einer der verletzten Person nahestehenden Person für Verpflegung und Übernachtung bis 250 EUR.

4.8.7 Kosten für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung

Ergänzend zu 2.8.1.2 AVB Unfall erstatten wir zusätzlich entstehende Kosten für den Transport (auch ins Ausland) von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 150 EUR begrenzt.

5 Optionale Zusatzleistungen

5.1 Aktiv Plus

Soweit im Versicherungsschein vereinbart, gilt die Zusatzleistung Aktiv Plus als versichert.

5.1.1 Allgemeine Hinweise

5.1.1.1 Nach einer schweren Unfallverletzung, die voraussichtlich zu einer dauerhaften Invalidität führt, ist meist eine spezielle, individuelle Therapie notwendig. Die Krankenkassen übernehmen allerdings nicht jede Therapie oder leisten nur anteilig dafür. Deshalb übernehmen wir vom Arzt empfohlene Therapien gemäß 5.1.2.1 und 5.1.2.2 über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

5.1.1.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

5.1.1.3 Die hier genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

5.1.2 Umfang der Leistungen

5.1.2.1 Wir übernehmen für nachfolgende Therapien und Behandlungen, die aufgrund des Versicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 EUR und einer Dauer von bis zu drei Jahren ab dem Unfalltag.

(1) Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung

Unter einem ärztlichen Zweitbefund (auch ärztliche Zweitmeinung oder second opinion genannt) versteht man die zweite Begutachtung eines ärztlichen Erstbefundes, z. B. durch einen Spezialisten. Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.

(2) Fachärzte/Spezialisten

Für zusätzliche Beratungen oder Behandlungen durch Fachärzte oder Spezialisten, deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden, da sie z. B. nur Privatpatienten behandeln, übernehmen wir Kosten bis zu 1.000 EUR.

(3) Psychologische Unterstützung (auch für im Haushalt lebende Angehörige 1. Grades)

Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 EUR.

5.1.2.2 Für ärztlich empfohlene besondere Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir zusätzlich Kosten bis insgesamt 5.000 EUR je Versicherungsfall.

Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 10 % je Therapie oder Behandlungsmethode.

Hierzu zählen:

(1) erweiterte Physiotherapie/Krankengymnastik (inkl. Massage und Fango)

Der Physiotherapeut versucht gemeinsam mit dem Patienten, Fähigkeiten wiederherzustellen oder ihm neue zu lehren, die es ermöglichen, am täglichen Leben teilzunehmen, obwohl er körperlich beeinträchtigt ist.

(2) Logopädie

Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnose und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Diese Störungen sind bei Erwachsenen oft durch Schädigungen des Gehirns bedingt, wie z. B. ein Schädel-Hirn-Trauma.

(3) Akupunktur

Die Akupunktur wird eingesetzt, um ggf. Schmerzfähigkeit und Verbesserung behinderter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhaftes Relationsstörungen behandeln lassen.

(4) Chirotherapie

Die Chirotherapie beschäftigt sich mit Störungen der Funktion (auch Blockaden genannt) des Bewegungsapparates, speziell der Wirbelsäule. Durch chirotherapeutische Handgriffe lassen sich vorübergehende Verschiebungen und Fehlstellungen der Wirbelsäule und der Gelenke lösen, die Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Verspannungen der Muskulatur verursachen.

(5) Osteopathie

Bei der Behandlung folgt der Osteopath mit den Händen den Richtungen und Bewegungen der Faszien (Bindegewebe) und löst Verspannungen und Blockaden. Das kann am Knie, am Rücken, aber auch am Bauch sein. So versucht der Osteopath, mit verschiedensten manuellen Techniken den Selbstheilungsprozess des Körpers anzustoßen.

(6) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt. Auch bei Schmerzen und Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkung zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen. Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit verzögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.

(7) Ergotherapie

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaßnahmen sind zum Beispiel:

- das Trainieren und Vorbereiten von körperlichen Bewegungsabläufen
- das Trainieren von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination mit dem Schwerpunkt Rumpf (der Leib ohne Kopf und Gliedmaßen). Auf diese Weise können Bewegungseinschränkungen ausgeglichen oder gänzlich behoben werden.
- Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anziehen, Trainieren von Essen, Schlucken, Trinken
- Trainieren des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten und vieles mehr
- das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses und der Ausdauer
- das Trainieren des Gehirns, zum Beispiel bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns
- das Beraten und Anleiten der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten

(8) Traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Heilmethoden in der TCM sind unter anderem Akupunktur, Kräutermedizin, Moxibustion (Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers), Schröpfen und Massagen. Aber auch die Ernährung und die Lebensführung spielen eine wichtige Rolle in der TCM-Therapie.

(9) Schmerztherapie

Unter dem Begriff Schmerztherapie werden alle therapeutischen Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Reduktion von Schmerz führen. Hierzu gehören medikamentöse, physiotherapeutische und psychotherapeutische Schmerzbehandlungen.

(10) Lymphdrainage

Bei der Lymphdrainage handelt es sich um eine besondere Art der Massage, bei der durch eine rhythmische Folge von verschiedenen Spezialgriffen der Abtransport der Lymphe aus dem Körpergewebe gefördert werden soll.

Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.

(11) Enzymtherapie

Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z. B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerinnung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoffwechselvorgänge beeinflussen, eine therapeutische und vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krankheiten ausgeübt.

(12) Wir beteiligen uns auch an weiteren/anderen Therapiebehandlungen oder -formen, die hier nicht aufgeführt sind, aber von Krankenkassen (gesetzliche oder private) zumindest anteilig übernommen werden.

5.1.3 Geltungsbereich

Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

5.2 Schmerzensgeld PLUS

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

5.2.1 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 Attestes bei uns geltend.

5.2.2 Höhe der Leistung

Die vereinbarte Höhe des Schmerzensgeldes entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

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

5.3.1 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.

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.

5.3.2 Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

(zu Ziffer 2.7 AVB Unfall)

5.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrags erstmals diagnostizierten Brustkrebs-erkrankung 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.

5.3.2.2 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 zu der im Versiche-rungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

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

5.3.2.3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für

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

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 2026 zur Unfallversicherung (ZB Baustein EASY CARE 2026)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall PREMIUM 2026).

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang um Hilfs- und Pflegeleistungen erweitert:

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

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir 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 und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und 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.

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

2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AVB Unfall unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten:

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 ein Menü 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 Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren 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 für maximal vier Wochen, wenn persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen für die versicherte Person einmal pro Woche für maximal sechs Monate die Wohnung oder das Haus im üblichen Umfang (Wohn-, Schlafräume, Küche, Bad und Toilette).

3.1.5 Wäsche- und Kleiderservice

Der versicherten Person wird einmal pro Woche für maximal sechs Monate ihre Kleidung und Wäsche gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen: Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Pflege der Schuhe.

- 3.1.6 Hausnotruf
Der versicherten Person wird bei Bedarf für maximal sechs Monate eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom-/Telefonanschluss) 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 weiteren Hilfsleistungen**
- 3.2.1 Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:
- 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).
- 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 Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:
Die versicherte Person erhält bis zu sechs Wochen bis zu 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:
- Körperpflege,
 - An- und Auskleiden,
 - Lagern und Betten,
 - Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.
- 3.3.2 Information und Beratung zur Pflege
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 vier 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 sechs Monate ab dem Tag des Unfalls. Für Pflegeleistungen gilt die in Ziffer 3.3.1 genannte Frist.
- 4.2 Die Anerkennung eines Pflegegrads 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 Ziffer 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 die 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 sechs Wochen, maximal 21 Stunden pro Woche.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums 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 sechs Monate nach der Anerkennung. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

5.3.4 Unsere Leistungen enden spätestens sechs 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 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind. Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

7.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

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

7.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AVB Unfall gilt entsprechend.

8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

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.

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

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall PREMIUM 2026).

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 %)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall PREMIUM 2026).

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 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	246
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 %)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AVB Unfall PREMIUM 2026).

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 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)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung.

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. 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)

Diese Zusatzbedingungen mit ergänzendem Versicherungsschutz gelten für Ihren Vertrag – nur sofern ausdrücklich vereinbart – zusätzlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung.

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 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. 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.

Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung

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 – 17 Jahre* Kindertarif

18 – 59 Jahre* Erwachsenentarif I (nach Eintrittsalter)

60 – 66 Jahre* Erwachsenentarif II (nach Eintrittsalter)

Ab 67 Jahre* Seniorentarif

* Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

2 Allgemeine Tarifhinweise

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 Manufaktur Augsburg anzufragen. Zusatzrisiken können nur im Anschluss an ein Grundrisiko der Tarifgruppe versichert werden.

3 Hinweise zur Antragsaufnahme

Der Antrag soll der Manufaktur Augsburg 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 Manufaktur Augsburg schriftlich zu fixieren.

4 Deckungszusagen

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

5 Vertragsdauer

Der beantragte Versicherungsschutz beginnt frühestens einen Tag nach Antragseingang um 00:00 Uhr bei der Manufaktur Augsburg GmbH bzw. dem dem Vertrag zugrundeliegenden Versicherer.

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.

Der Vertrag kann nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres von Ihnen jederzeit mit Wirkung ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt gekündigt werden.

Wir können den Vertrag grundsätzlich unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum vereinbarten Ablauftermin oder zum Ende jedes darauffolgenden Versicherungsjahres kündigen.

6 Neuverträge

Neuverträge dürfen nur nach den letztgültigen Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen abgeschlossen werden. Zurzeit gelten für die VHV die Vertragsbedingungen AVB Unfall Premium 2026.

Über einen Vertrag können nur Risiken einer Tarifgeneration abgeschlossen werden.

7 Beiträge

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

7.1 Mindestbeitrag

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

7.2 Ratenzahlung

Sofern keine abweichende Angabe gemacht wurde, wird die jährliche Zahlweise vereinbart.

Bei unterjähriger Zahlweise erheben wir einen Ratenzahlungszuschlag. Dieser wird aus dem Jahresbeitrag berechnet und beträgt bei

- halbjährlicher Zahlung 3%
- vierteljährlicher Zahlung 5%
- monatliche Zahlung 5%

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 (Beispiel: für Ausfertigung der Versicherungsscheine) werden nicht erhoben.

Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung

1 Gesundheitsprüfung

Wir verzichten auf eine Gesundheitsprüfung. Im Zusatzbaustein PREMIUM-PLUS 2026 ist ein 100 %iger Mitwirkungsverzicht versichert. Bei Personen, mit bestimmten Vorerkrankungen wird die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen auf 75 % angehoben. Bedingungsgemäß ist folgendes bei Abschluss des Zusatzbausteins PREMIUM-PLUS 2026 vereinbart:

Der Mitwirkungsverzicht in Höhe von 100 % gilt nicht für Personen, die an einer oder mehrerer folgender Krankheiten leiden:

- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Glasknochenkrankheit

Für die betroffenen Personen gilt, sofern die Erkrankung ursächlich für die Mitwirkung ist, eine Anrechnung der Mitwirkung ab 75% gemäß Punkt 3.2 PREMIUM 2026.

2 Nicht versicherbare Risiken

Nicht versicherbar sind Personen, die vor Antragstellung bereits dauernd pflegebedürftig sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Annahmerichtlinien ist die Einstufung ab Pflegegrad 3.

Kein Versicherungsschutz besteht für zu versichernde Personen über 67

- für die bereits ein Pflegegrad festgestellt wurde und/oder
- die an Demenz (z.B. Alzheimer), Parkinson, einer Erkrankung der Knochenstruktur (z.B. Osteoporose, Glasknochen) oder an insulinpflichtigen Diabetes leiden.

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 Unfall-Rente auf volle 10 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 Berufsgruppen

Personen zwischen 18 und 66 Jahren werden entsprechend ihrer Berufstätigkeit in die Gefahrengruppe A oder B eingestuft.

Maßgeblich ist dabei die tatsächlich ausgeübte berufliche Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf. Übt eine zu versichernde Person mehrere Berufe aus, wird die Tarifierung nach der stundenmäßig überwiegenden Arbeit vorgenommen.

Personen, die sich in der Ausbildung befinden (Studenten, Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, Umschüler), sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen. Bei der Einstufung nach der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit bleibt es bei Ausübung befristeter freiwilliger sozialer Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst), des freiwilligen Wehrdienstes, der Teilnahme an militärischen Reserveübungen sowie bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung gemäß § 8 des Sozialgesetzbuches IV.

Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung während der Vertragslaufzeit sind unverzüglich anzuzeigen.

Berufsgruppeneinstufung

Die Einstufung in die Berufsgruppe A erfolgt für versicherte Personen, die eine kaufmännische, verwaltende, planende oder lehrende Tätigkeit ausüben. Dazu zählen z. B. Berufe in der Verwaltung, im Verkauf, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen, außerdem aufsichtsführende Tätigkeiten im Betrieb oder auf Baustellen.

Auch Personen, die keine berufliche Tätigkeit ausüben, also Schüler, Rentner und Pensionäre werden der Berufsgruppe A zugeordnet.

Die Einstufung in die Berufsgruppe B erfolgt für versicherte Personen, die eine körperliche, sportliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben (einschließlich mitarbeitender Meister).

Dazu zählen z. B. Berufe im Gastgewerbe, in der Holz-, Metall- oder Kunststoffverarbeitung sowie der Vollzugsdienst (nicht Verwaltung) bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei oder Feuerwehr.

Die Einstufung in die jeweilige Berufsgruppe erfolgt anhand der durch den Versicherer erstellten zugrundeliegenden Berufsliste.

4.2

Nicht versicherbare Berufe

- Berufs- und Vertragssportler, die aus diesem Einkommen den überwiegenden Teil Ihres Lebensunterhalts (einschließlich Sportförderung und entsprechenden Tätigkeiten bei der Polizei, Bundeswehr und ähnlichen) bestreiten
- Angehörige von Spezialeinsatzkommandos (z. B. MEK, SEK, GSG9, ZUZ)
- Berufstaucher und Tauchlehrer
- Akrobaten/Artisten, Tierbändiger, Kunstreiter, Stuntman
- Spreng- und Räumpersonal, Kampfmittelräumdienst
- Leibwächter (Personenschutz)
- Rennfahrer und Rennreiter und ähnlich gefährliche Berufe
- Pyrotechniker, Feuerwerker
- Testfahrer, Rennfahrer
- Untertagetätige, Bergleute, Erzaufbereiter
- Tierärzte, Tierpfleger
- Berufspiloten, Flugpersonal und Fluglehrer

12

Höchstversicherungssummen

Leistungsart	Euro
Invalidität ohne Progression	1.000.000
Invalidität mit 225% Progression	440.000
Invalidität mit 350% Progression	285.000
Invalidität mit 500% Progression	200.000
Übergangsleistung (<i>Höchstens jedoch 10 % der Invaliditätsgrundsumme</i>)	20.000
Todesfallleistung	500.000
Todesfallleistung für Kinder (<i>Jedoch nicht höher als Invaliditätssumme</i>)	30.000
Tagegeld ab dem 15. Tag oder 43. Tag (<i>Höchstens jedoch 1/3 ‰ der Invaliditätsgrundsumme</i>)	50
Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld (<i>Höchstens jedoch 1 ‰ der Invaliditätsgrundsumme</i>)	75
Unfall-Rente	3.000
Schmerzensgeld PLUS (<i>Höchstens jedoch 1% der Invaliditätssumme</i>)	1.000

Es handelt sich um unsere tariflichen Höchstversicherungssummen. Werden mehrere Unfallversicherungen für die zu versichernde/n Person/en beantragt, dürfen die tariflichen Höchstversicherungssummen nicht überschritten werden.

Dies gilt gleichermaßen, wenn für die zu versichernden Personen bereits Unfallversicherungen bei der VHV bestehen und zusätzlich über die Manufaktur Augsburg eine weitere Unfallversicherung bei der VHV abgeschlossen wird. In allen Fällen darf die zulässige Höchstversicherungssumme nicht überschritten werden.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die VHV Allgemeine Versicherung AG und Manufaktur Augsburg GmbH und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

VHV Allgemeine Versicherung AG

VHV-Platz 1

30177 Hannover

Telefon: +49 (0)511.907-0

E-Mail-Adresse: service@vhv.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter den vorgenannten Kontaktdaten oder unter datenschutzbeauftragter@vhv.de.

Manufaktur Augsburg GmbH

Proviantbachstr. 30

86153 Augsburg

Telefon: +49 (0)821 71008-500

E-Mail-Adresse: service@manaug.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter den vorgenannten Kontaktdaten oder unter datenschutz@manaug.de.

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich die von uns vertretenen Versicherer auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.vhv.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen. Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Assekurateur finden Sie auf dessen Website unter <https://www.manaug-produktgeber.de/datenschutz/>.

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

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Manufaktur Augsburg GmbH bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Zudem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

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

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte Manufaktur Augsburg GmbH und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Bearbeitung und Regulierung von Schäden, soweit Sie an dem jeweiligen Schaden nicht bereits als Versicherungsnehmer beteiligt sind,
- zur Erhöhung und Sicherstellung der Datenqualität,
- zur Risikosteuerung innerhalb der Manufaktur Augsburg GmbH,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für andere, oben nicht genannte Zwecke verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren.

3. Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag oder Schaden, sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

Wir weisen Sie ferner darauf hin, dass wir Ihre E-Mail-Adresse, soweit Sie uns diese mitgeteilt haben, zur Werbung für eigene oder ähnliche Versicherungsprodukte verwenden. Sie können auch dieser Nutzung jederzeit formlos widersprechen.

4. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Versicherer

Das versicherte Risiko wird nicht von uns getragen. Es ist daher erforderlich, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an den jeweiligen Versicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Wir übermitteln Ihre Daten an den Versicherer nur soweit dies für die Erfüllung des Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum Versicherer ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister nebst, sofern erforderlich, der Fundstelle ihrer Datenschutzhinweise im Internet, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie unserer Internetseite unter <https://www.manaug-produktgeber.de/datenschutz/>. Sofern von Ihnen gewünscht, können wir Ihnen diese Liste auch in Schriftform zukommen lassen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, z.B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten. Hierzu zählen u.a. die Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen im Rahmen der Geldwäscheprävention und die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder an Beteiligte von Schadenfällen (bspw. Anspruchsteller), soweit dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des jeweiligen Beteiligten erforderlich ist. Im Falle von Sanktionslistentreffern erfolgen Meldungen an die Bundesbank.

5. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung, dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und dem Geldwäschegesetz geregelt sind. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

6. Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrechte

Sie haben ferner das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Ihren Werbewiderspruch richten Sie bitte an service@manaug.de. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Dieses Recht können Sie ebenfalls unter der o.g. Adresse geltend machen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover.

7. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) sowie Daten zum Versicherungsobjekt (z.B. Adresse des Gebäudes) an die Besurance HIS GmbH Daimlerring 4, 65205 Wiesbaden übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Der Betrieb des HIS beruht auf den berechtigten Interessen der Versicherungswirtschaft gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO, die wir gerne erläutern:

Einmeldung

An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch 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 Schadenschilderung nicht in 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.

Anfragen

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadenfall 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 Versicherungsfalls relevant sind.

Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer (als Folge einer HIS-Auskunft) in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen. Diese Formen der HIS-Nutzung basieren sowohl auf dem berechtigten Interesse des Versicherers als auch auf dem Erlaubnistatbestand der Vertragsdurchführung gem. Art. 6 Abs. 1 b) und f) DSGVO.

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

In begründeten Fällen können Sie der HIS-Einmeldung und -Abfrage widersprechen. Einen Widerspruch richten Sie bitte an die oben unter 1. genannte Adresse.

8. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabatts in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Diese Übermittlung basiert sowohl auf dem berechtigten Interesse des Versicherers als auch auf dem Erlaubnistatbestand der Vertragsdurchführung gem. Art. 6 Abs. 1 b) und f) DSGVO.

9. Bonitätsauskünfte

Soweit es zum Vertragsschluss oder zur Vertragsdurchführung aufgrund unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunftgebern Informationen zur Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit oder Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Die von uns angefragten Auskunftgebern entnehmen Sie bitte unserer Dienstleisterliste.

10. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie ggf. in unserer Dienstleisterliste. Sie können die Informationen auch unter den unter oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

11. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Bei Nichtzahlung des Versicherungsbeitrags erfolgt nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen eine automatisierte Vertragskündigung. In der Kfz-Versicherung gewähren wir im Zuge automatisierter Antragsprüfung bei negativen Auskünften (Zahlungsunfähigkeit, eidesstattliche Versicherung oder Insolvenzverfahren = sog. „harte Treffer“) keinen Kaskoversicherungsschutz und in der Haftpflichtversicherung nur Versicherungsschutz in Höhe der gesetzlichen Mindestdeckung.