

Protect / Premium / Premium Plus
Unfall-Versicherungsbedingungen

www.Interlloyd.de

Inhaltsverzeichnis

Informationsblatt Unfallversicherung	3
Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	5
Widerrufsbelehrung	8
Wichtige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	10
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013)	12
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“	21
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“	28
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 Protect)	39
Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe	51
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung	53
Allgemeine Unfallrentenversicherungs-Bedingungen (AURB 2007)	54
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)	63
Interlloyd Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer, Alltagshelfer Plus 2016 – Leistungsübersicht	65
Interlloyd Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016) Unfall-Schutzbrief/Alltagshelfer/Alltagshelfer Plus	68
Datenschutzhinweise der Interlloyd Versicherungs-AG	80
Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO	82
Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns	83

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Interlloyd
VERSICHERUNGS-AG

Unternehmen: Interlloyd Versicherungs-AG

Produkte: Unfallversicherung, Unfallrente, Unfall-Schutzbrief und Alltagshelfer

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und Leistungsübersicht). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Mit dieser können Sie sich gegen die finanziellen Folgen einer Unfallverletzung absichern.



Was ist versichert?

Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt zum Beispiel vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Sie können zwischen den Leistungsvarianten Protect, Premium, Premium Plus und Unfallrente wählen.

Welche Leistung bieten wir an?

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel Bewegungseinschränkungen.
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen.
- ✓ Übergangsleistung mit Soforthilfe bei Schwerstverletzungen und Frakturen.
- ✓ Leistung im Todesfall.
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen bzw. – soweit vereinbart – auch bei anschließender Arbeitsunfähigkeit.
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement.
- ✓ Rechtsberatungs- und weitere Serviceleistungen.

Sofern vereinbart (Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer):

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall oder Krankheit wie zum Beispiel Pflegehilfe, Menüservice und Haushaltshilfe.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

Die Höhe der vereinbarten Versicherungssumme können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Was ist nicht versichert?

Bestimmte Risiken und Kosten sind nicht versichert. Dazu gehören zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten wie Diabetes, Gelenksarthrose und Schlaganfall.
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✗ Sachschäden, zum Beispiel für beschädigte oder zerstörte Brillen oder Kleidungsstücke nach einem Unfall.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

- ! Unfälle durch Kriegsereignisse.
- ! Unfälle durch Drogenkonsum.
- ! Unfälle in Zusammenhang mit einer von Ihnen begangenen Straftat.
- ! Bandscheibenschäden.

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.
- ✓ Die Dienstleistungen des Rehabilitationsmanagements und die der häuslichen Hilfeleistungen erbringen wir nur in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Verpflichtungen:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- 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 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. Bitte beachten Sie, dass eine monatliche Zahlungsweise nur möglich ist, wenn wir den Beitrag von Ihrem Konto abbuchen.

**Wann beginnt und endet die Deckung?**

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag gezahlt haben.

Die Versicherung gilt für den zunächst vereinbarten Zeitraum. Sie verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.

**Wie kann ich den Vertrag kündigen?**

- Sie können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer geschehen).
- Sie können den Vertrag auch nach Eintritt eines Schadenfalls vorzeitig kündigen.

Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

1) Identität des Versicherers

Vertragspartner für Ihre Interlloyd Unfallversicherung ist die
Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Vorstand: Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 34575
Ust-ID-Nr.: DE 189 437 355

2) Inlandsvertreter bei ausländischen Versicherern

Die Interlloyd Versicherungs-AG hat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine Vertreter.

3) Ladungsfähige Anschrift des Versicherers und vertretungsberechtigte Personen

Die ladungsfähige Anschrift der Interlloyd sowie der diese vertretenden Personen folgt aus Ziffer 1).

4) Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Interlloyd Versicherungs-AG ist die Sach-, Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung.
Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5) Garantiefonds und Einlagensicherungssysteme

Solche Instrumente gelten nicht für die Unfallversicherung.

6) Vertragsbedingungen, anwendbares Recht, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem Versicherungsverhältnis liegen die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 2013) und die vereinbarten Besonderen Bedingungen in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt. Auf das Vertragsverhältnis ist deutsches Recht anzuwenden.

Was ist versichert?

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder eines Todesfalles. Sofern Sie es wünschen, können Sie (unter anderem) die unfallbedingten Mehraufwendungen bei einem Krankenhausaufenthalt durch ein Unfall-Krankentagegeld versichern.
Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten, (z.B. Invaliditäts- und Todesfallleistung, Krankentagegeld- und Genesungsgeld, Rentenleistung, Übergangsleistung etc.) und Versicherungssummen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der AUB bzw. den Besonderen Bedingungen.

7) Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtpreis für den angebotenen Interlloyd Unfall – Schutz folgt aus dem Antrag. Hinzu kommt die zum Zeitpunkt der Antragstellung gültige Versicherungssteuer von 19 %.

8) Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen bei Vertragsschluss nicht an.

9) Beitragszahlung

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.
Eine Folgeprämie wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Versicherungsperiode fällig.

Bei erteilter Einzugsermächtigung hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

10) Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

An konkrete Vorschläge zu Produkten der Interlloyd Versicherungs-AG, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge sowie an die in diesem Zusammenhang erfolgten Informationen halten wir uns einen Monat gebunden.

11) Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken

Risiken dieser Art sind für die Unfallversicherung nicht relevant.

12) Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf Interlloyd Unfall-Schutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrages durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden.

Eine Antragsannahme der Interlloyd Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 9).

13) Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel 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,
 - die Widerrufsbelehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Interlloyd Versicherungs-AG, ARAG-Platz 1, 40472 Düsseldorf

Telefax: +49 211 963-3033

E-Mail: service@interlloyd.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Wir haben zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel 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.

Widerrufsbelehrung

Die vollständige Widerrufsbelehrung einschließlich der Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen finden Sie unter der Überschrift Widerrufsbelehrung.

14) Laufzeit des Vertrages

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrages folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

15) Kündigung/Beendigung des Vertrages

Der Interlloyd Unfall-Schutz kann von beiden Parteien erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr; er ist dann zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die Interlloyd eine Leistung oder erheben Sie Klage auf eine Leistung gegen uns, können Sie oder wir den Vertrag vorzeitig durch Kündigung (in Textform) beenden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

16) Mitgliedstaaten der EU, deren Recht der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt wird

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss eines Versicherungsvertrages liegt das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

17) Anwendbares Recht/zuständiges Gericht

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

18) Sprachen der Vertragsbedingungen und -information/Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Die Interlloyd Versicherungs-AG wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages in deutscher Sprache führen.

19) Außergerichtliche Beschwerde, Versicherungsombudsmann

Die Interlloyd Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Anschrift lautet:

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.0800 – 36 96 000, Fax 0800 – 36 99 000,

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

Eine Entscheidung des Ombudsmanns, egal wie sie ausfällt, brauchen Sie nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Sofern der Ombudsmann die Beschwerde zu Ihren Gunsten entscheidet, müssen wir uns bis zu einem Betrag von 10.000 Euro daran halten.

20) Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Adresse siehe Ziffer 4) gerichtet werden.

Weitere Informationen – insbesondere zum Versicherungsschutz – sind in den beiliegenden Unterlagen enthalten. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Ihre

Interlloyd Versicherungs-AG

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 (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

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

Interlloyd Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

Telefax +49 211 963 3033

E-Mail service@interlloyd.de

Widerrufsfolgen

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

Anzahl der Tage, an denen	1/360 des Jahresbeitrags bzw.
Versicherungsschutz bestanden hat	1/30 des Monatsbeitrags

Wir haben zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel 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:

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

7. 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;
8. 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;
9. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
13. 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;
14. 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;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

– Ende der Widerrufsbelehrung –

Wichtige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG

über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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. Der Versicherungsmakler ist ausdrücklich bevollmächtigt, diese Fragen für uns auch in seinem Namen zu stellen. Die Antworten auf seine Fragen gelten als Beantwortung unserer Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen.

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. 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.

Ihre

Interlloyd Versicherungs-AG

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.
Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 14 Welches Gericht ist zuständig?
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 16 Welches Recht findet Anwendung?
- 17 Welche Höchstentschädigung gilt, wenn Sie mehrere Unfallverträge bei der InterLloyd Versicherungs-AG haben (Einzelkumulrisiko)?
- 18 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen und Arbeitskreis Beratungsprozesse
- 19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden und/oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

- 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
Die Invalidität ist
 - innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
 - 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.
 - 2.1.2 Höhe der Leistung
 - 2.1.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

– Arm	70 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
– Hand	55 %
– Daumen	20 %
– Zeigefinger	10 %
– anderer Finger	5 %

	– Bein über der Mitte des Oberschenkels 70 % – Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 60 % – Bein bis unterhalb des Knies 50 % – Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 45 % – Fuß 40 % – große Zehe 5 % – andere Zehe 2 %	
	– Auge 50 % – Gehör auf einem Ohr 30 % – Geruchssinn 10 % – Geschmackssinn 5 %	
	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	
2.1.2.2	Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.	1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme, 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die doppelte Invaliditätssumme, 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die dreifache Invaliditätssumme.
2.1.2.3	Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.1 und Ziffer 2.1.2.2 zu bemessen.	2.1.3.1.3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 350 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
2.1.2.4	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.	1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme, 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die dreifache Invaliditätssumme, 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die fünffache Invaliditätssumme.
2.1.2.5	Stirbt die versicherte Person – aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.	2.1.3.1.4 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 500 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
		1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme, 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die vierfache Invaliditätssumme, 3) für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die sechsfache Invaliditätssumme. 4) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die neunfache Invaliditätssumme.
2.1.3	Art der Leistung Die Invaliditätsleistungen zahlen wir, sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), als einmaligen Kapitalbetrag und/oder als lebenslange monatliche Rente	2.1.3.2 Invaliditätsleistung als lebenslange monatliche Rente Sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), zahlen wir die Invaliditätsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme als lebenslange monatliche Rente, wenn die
2.1.3.1	Invaliditätsleistung als einmaliger Kapitalbetrag Sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), zahlen wir die Invaliditätsleistung als Kapitalbetrag, wenn die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1, Ziffer 3 und kein Ausschluss nach Ziffer 4 erfüllt sind. Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.	– Voraussetzungen nach Ziffer 2.1, Ziffer 3 und kein Ausschluss nach Ziffer 4 erfüllt sind und – der Unfall für die versicherte Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % unfallbedingter Invalidität geführt hat.
2.1.3.1.1	Mehrleistung ab 90 % IG Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres des Versicherten ereignet, zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen. Diese Erweiterung gilt nicht für Verträge, bei denen eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart wurde.	Vereinbarte Progressive Invaliditätsstaffeln im Invaliditätsfall gemäß Ziffer 2.1.3.1 bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
		2.1.3.2.1 Beginn und Dauer der Leistung Die Unfallrente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus. Die Unfallrente wird bis zum Ablauf des Versicherungsjahres gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir dem Versicherungsnehmer mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.
2.1.3.1.2	Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 225 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:	2.1.3.2.2 Beendigung der Mitversicherung der Unfallrente bei Eintritt des Renten-Leistungsfalls Mit Feststellung des Rentenanspruches nach Ziffer 2.1.3.2 endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf. Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die Invaliditäts-

- leistung als Kapitalleistung bleibt für die versicherte Person unverändert bestehen. Das Recht des Versicherungsnehmers zur Kündigung nach einem Versicherungsfall (Ziffer 9.3) bleibt unberührt.
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt
- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.
- Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.
- Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.
- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung
- Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.3 Tagegeld
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.
- 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
- Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
- Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- 2.4 Krankenhaustagegeld
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person
- befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
 - unterzieht sich wegen eines Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens einen Tag ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in Ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.
- Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung
- Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
 - für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5 entsteht hierdurch nicht.
- 2.5 Genesungsgeld
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.

- 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
- Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.
- 2.6 Todesfalleistung
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
- Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.
- 2.6.2 Höhe der Leistung
- Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**
- Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung
- entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, wird auf eine Minderung verzichtet.
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- 4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriege- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriege- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des sieben Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- 4.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaub-

	nis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; – bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.		
4.1.5	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.	5.1.2	Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit fort.
4.1.6	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.	5.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
4.2	Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:	5.2.1	Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis.
4.2.1	Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.		Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit.
4.2.2	Gesundheitsschäden durch Strahlen		– Berufs-/Gefahrengruppe „A“: Personen, die überwiegend kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschl. Verwaltung der Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr), leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschl. aufsichtführende Meister), im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind. Personen, die Anlagen/Maschinen elektronisch steuern, Personen die keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben wie Hausmänner/-frauen, Pensionäre, Schüler.
4.2.3	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.		– Berufs-/Gefahrengruppe „B“: Personen, die körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister), Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, Tiere behandeln oder pflegen, im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind, Bauunternehmer.
4.2.4	Infektionen		Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.
4.2.4.1	Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie – durch Insektenstiche oder -bisse oder – durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.		Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
4.2.4.2	Versicherungsschutz besteht jedoch für – Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für – Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.		
4.2.4.3	Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.		
4.2.5	Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.		
4.2.6	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.	5.2.2	Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
4.2.7	Bauch- oder Unterleibsbrüche Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.		
5	Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	5.2.3	Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.
5.1	Umstellung des Kinder-Tarifs		
5.1.1	Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:		

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 6.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 6.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.
- 6.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 6.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
- Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

- 8.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 8.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 8.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

- 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.
- 9.2 Dauer und Ende des Vertrages
- Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 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 jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die

Kündigung muss Ihnen bzw. uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wie erhöhen sich, sofern vereinbart, die Versicherungssummen?

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

10.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

10.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

10.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

- 10.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 10.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:
- 10.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet.
- 10.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 10.8 Planmäßige Erhöhung der Versicherungssummen (sofern vereinbart)
- 10.8.1 Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für
- die Invaliditätsleistung (als einmalige Kapitalleistung (Ziffer 2.1.3.1) und/oder lebenslange monatliche Rente (Ziffer 2.1.3.2)),
 - die Übergangsleistung (Ziffer 2.2),
 - das Tagegeld (Ziffer 2.3),
 - das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (Ziffer 2.4. und 2.5) und
 - den Todesfall (Ziffer 2.6),
- ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 3 % pro Jahr.
- Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro, für die Unfallrente auf volle 10 Euro, für die Übergangsleistung auf volle 10 Euro und für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten erfolgt nicht.
- 10.8.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.
- 10.8.3 Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages, über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 10.8.4 Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 10.8.3.
- Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
- 10.8.5 Auf ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Weitere Bestimmungen

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

- 11.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 11.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 11.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 12.2 Rücktritt
- 12.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
- Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 12.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts
Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

	Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.				nen Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.
	Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.	12.4	Anfechtung		Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
12.2.3	Folgen des Rücktritts				
	Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.	12.5	Kündigung bei Feststellung einer dauernde Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit		
	Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.	12.5.1	Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers		Wird bei der versicherten Person ein Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung festgestellt, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
	Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.	12.5.2	Beitragsrückerstattung		Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.
12.3	Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung				
12.3.1	Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.	13	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?		
	Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.	13.1			Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
	Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.	13.2			Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
	Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.	14	Welches Gericht ist zuständig?		
12.3.2	Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.	14.1			Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
	Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.	14.2			Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
	Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.	15	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?		
	Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kön-	15.1			Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
		15.2			Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

17 Welche Höchstentschädigung gilt, wenn Sie mehrere Unfallverträge bei der Interlloyd Versicherungs-AG haben?

Besteht für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG weiterer Unfallversicherungsschutz, so gilt für diese Person eine Höchstentschädigung je Unfallereignis von 1.750.000 Euro für alle Versicherungen zusammen.

18 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen und Arbeitskreis Beratungsprozesse

Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von

den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen vom Oktober 2010 abweichen sowie den Mindeststandards des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie (Stand 02/2010) erfüllen.

19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013) und, soweit vereinbart, die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“.

1 Erweiterungen des Unfallbegriffs

- 1.1 In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen
- 1.1.1 durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe oder Stäube, wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt ausgesetzt war. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu sieben Tagen lang ausgesetzt war.
- Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
- 1.1.2 durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren,
- 1.1.3 durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,
- 1.1.4 wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten,
- 1.1.5 durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirn-ödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),
- 1.1.6 durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches,
- 1.1.7 die versicherte Personen bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nehmen.
- 1.2 In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2013 gilt als Unfall, wenn durch Eigenbewegungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapsel oder Menisken ger-
zerrt oder zerrissen werden.
- Abweichend zu Ziffer 4.2.7 AUB 2013 gelten Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche als Unfall.
- Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.
- Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Ziffern 1.4 und 4.2.7 AUB 2013.

– Arm	80 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
– Hand	75 %
– Daumen	30 %
– Zeigefinger	20 %
– anderer Finger	10 %
– für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	75 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
– Bein bis unterhalb des Knies	65 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
– Fuß	60 %
– große Zehe	15 %
– andere Zehe	5 %
– Auge	60 %
– Gehör auf einem Ohr	45 %
– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	20 %
– Sprechvermögen	100 %
– Niere	25 %
– beide Nieren	100 %
– falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
– Milz	10 %
– Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
– Gallenblase	10 %
– Magen	20 %
– Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
– Lungenflügel	50 %

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

Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei der Bewertung gemäß vorstehender Gliedertaxe.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (z.B. Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), können Sie anstelle der vorstehenden Invaliditätsgrade wahlweise die Bemessung der Beeinträchtigung der normale körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB 2013 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.2 zu bemessen.

2 Erweiterung der Leistung

- 2.1 Fristverlängerung bei der Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung
- Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2013 muss die Invalidität innerhalb
- von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 2.2 Gliedertaxe Premium
- Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.		ten chirurgischen Operationen auch eine einmalige Leistung in Höhe von drei Tagessätzen des vereinbarten Genesungsgeldes gezahlt.
2.3	Erweiterung der Übergangsleistung Abweichend von Ziffer 2.2 AUB 2013 wird die Versicherungssumme für Übergangsleistung bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig: – Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks, – Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk, – Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung, – die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche, – Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen), – Kombination aus mindestens zwei der vier folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen) – Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren – Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens, – Fraktur des Beckens, – Fraktur der Wirbelsäule Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.	2.5 2.5.1 2.5.2 2.5.3	Erweiterung der Todesfallleistung Anspruch auf Todesfallleistung im zweiten Jahr Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB 2013 besteht ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfallleistung auch dann, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 AUB 2013 eingetreten ist. Anspruch auf die Todesfallleistung nach dem Verschollenheitsgesetz Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzts rechtswirksam für Tod erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen. Erhöhung der Todesfallleistung Versterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherten Elternteile innerhalb des ersten Jahres ab dem Unfalltag und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 14 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod, jedoch höchstens eine zusätzliche Gesamtleistung von 40.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person weitere Versicherungen bei uns, kann diese Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.
2.4	Erweiterte Dauer und Verbesserung beim Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	2.6	Sofortleistung bei Schwerverletzungen – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig: – Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks, – Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk, – Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung, – die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche, – Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen), – Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen) – Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren – Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens, – Fraktur des Beckens, – Fraktur der Wirbelsäule Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.
2.4.1	Höhe und Dauer des Krankenhaustagegeldes Abweichend von Ziffer 2.4 AUB 2013 wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt je Unfallereignis. Das Krankenhaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage begrenzt.		
2.4.2	Verbesserung beim Krankenhaustagegeld a) Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird innerhalb der ersten 21 Tage der zweifache Satz des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat. b) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfall-einweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.		
2.4.3	Höhe und Dauer des Genesungsgeldes Abweichend von 2.5.2 AUB 2013 wird das Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für zwei Jahre. Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2013 wird bei einem Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld bei ambulan-	2.7	Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen) – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine ein-

malige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt.

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

Einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe ist spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

2.8 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.

Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.

2.9 Zusätzliche mitversicherte beitragsfreie Leistungen (Mitversicherte Kostenpositionen)

2.9.1 Kosmetische Operationen

2.9.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.

2.9.1.2 Leistungsumfang

Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten bis zu einer Versicherungssumme von 50.000 Euro für

- Arzthonorare und Operationen
- Notwendige Kosten für Unterbringung im Krankenhaus.

Medizinisch notwendige Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden für den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen erstattet. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.9.1.3 Fristen

Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

2.9.1.4 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG halten.

2.9.2 Bergungs- und Transportkosten

2.9.2.1 Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.

Wir zahlen

- die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist.
- die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit.
- die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt.
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.9.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht und ist die fehlende Eintrittspflicht nicht schuldhaft auf das Verhalten der versicherten Person zurückzuführen, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG halten.

2.9.3 Kur- und Rehakosten

2.9.3.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, übernehmen wir die nachgewiesenen Kur- und Rehakosten bis max. 10.000 Euro, sofern die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt hat.

2.9.3.2 Anstelle der Kostenübernahme nach Ziffer 2.9.3.1 können Sie eine Pauschalleistung bei einem Behandlungszeitraum von mindestens drei Wochen in Höhe von 2.500 Euro beanspruchen. Mehrere Behandlungsabschnitte wegen desselben Unfalles werden zusammengerechnet. Die Pauschalleistung gilt auch für ambulante Maßnahmen, sofern diese einen Mindestumfang von drei Behandlungstagen pro Woche mit jeweils mindestens zwei Stunden Anwendungsdauer pro Behandlungstag haben. Keine Pauschalleistung erbringen wir für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar im Anschluss eines unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalts.

2.9.3.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend

	gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs- AG halten.		dem 21. ausgefallenen Schultag die uns nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 Euro pro Tag, maximal bis zum 100-fachen des Tagessatzes für das Nachhilfegeld. Der Anspruch auf Zahlung des Nachhilfegeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert ist.
2.9.4	Übernachungskosten im Krankenhaus/Rooming-In Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-In-Kosten für eine dem versicherten Kind nahe stehende Person, sofern das versicherte Kind – das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und – sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet. Die Übernachtungskosten tragen wir bis maximal bis zu 50 Euro pro Tag, begrenzt auf 3.000 Euro insgesamt.		
2.9.5	Rehamanagement		
2.9.5.1	Führt der Unfall nach erster ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 50 % der versicherten Person, werden wir, in Abstimmung mit der versicherten Person, einen Rehabilitationsdienst beauftragen. Die voraussichtliche Beeinträchtigung ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.	2.9.8.2	Kindergartenausfallgeld Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht den Kindergarten besuchen, erstatten wir für jeden Werktag ein Kindergartenausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Kindergartenausfallgeldes ist uns unter Vorlage eines entsprechend ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert ist.
2.9.5.2	Wir erstatten die einmaligen Gutachterkosten des Rehabilitationsdienstes und die laufenden Aufwendungen für die Betreuung durch die Berater des Rehabilitationsdienstes für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation bis zu 10.000 Euro.	2.9.8.3	Schulausfallgeld Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für jeden Schultag ein Schulausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr und ist unter Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert ist.
2.9.6	Serviceleistungen Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service. a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her; b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.	2.9.9	Koma- und Pflegegeld Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankenhaustagegeld vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalls innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person a) sich in einem Koma befindet oder b) pflegebedürftig ab Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist
2.9.7	Behinderungsbedingte Kosten Führt der Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, so erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für: – die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkw – den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung – einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder eine behindertengerechte Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim – Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch VII), soweit ärztlich verordnet – Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen Wir leisten, längstens für drei Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses, für alle nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe von 3.000 Euro. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegenüber uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.	2.9.10	Maximale Entschädigungsleistung Bestehen für die versicherte beitragsfreien Leistungen nach Ziffer 2.9 weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.
2.9.8	Nachhilfe-, Kindergarten- und Schulausfallgeld	2.10	Zusätzliche beitragsfreie Leistungen zur Kinderunfallversicherung
2.9.8.1	Nachhilfegeld bei unfallbedingter Schulunfähigkeit Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir ab	2.10.1	Beitragsfreie Unfall-Todesfallleistung Für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt nach Ablauf der Vorsorgeversicherung gemäß Ziffer 2.11 eine beitragsfreie Todesfallleistung gemäß Ziffer 2.6 AUB 2013 von 5.000 Euro versichert. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
		2.10.2	Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Fahrrad- und Skateboardunfall Die versicherte Grundsumme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 %, wenn das versicherte Kind bei einem Fahrrad-, Inlineskate- oder Skateboard-Unfall nachweislich einen Fahrradhelm bzw. handelsübliche Schutzkleidung (Ellenbogen-, Handgelenk- und Knie-schoner sowie Schutzhelm) getragen hat. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.
		2.10.3	Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln Die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 %, wenn das versicherte Kind als berechtigter Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet. Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind: Im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßen- und

Eisenbahnen; Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.

- 2.11 Vorsorgeversicherung für Kinder/bei Eheschließung und Bau oder Kauf eines Eigenheimes
- 2.11.1 Vorsorgeversicherung für Neugeborene
- Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 40.000 Euro für den Invaliditäts- und 10.000 Euro für den Todesfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.
- 2.11.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft
- Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages, ist der Ehegatte/der Lebenspartner für ein Jahr ab der Heirat mit 40.000 Euro für den Invaliditäts- und 10.000 Euro für den Todesfall mitversichert.
- Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht.
- 2.11.3 Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims
- Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen gemäß Ziffer 2.6.
- Der Versicherungsschutz beginnt
- a) mit dem Erwerb des Eigenheimes oder,
 - b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.
- Die beitragsfreie Sofortleistung gilt nur unter der Voraussetzung, dass wir von Ihnen spätestens drei Monate nach Erwerb/Baubeginn eine schriftliche Nachricht erhalten. Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je 40.000 Euro ab Erwerb/Baubeginn.
- Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine:
- a) mit dem 3. Jahr nach Erwerb/Baubeginn
 - b) mit Veräußerung des Eigenheimes
 - c) Beendigung der Unfallversicherung

3 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

In Erweiterung zu Ziffer 3 AUB 2013 verzichten wir auf eine Anrechnung des Mitwirkungsanteils bei Personen, die am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bei Personen die zum Unfalltag das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird auf eine Anrechnung verzichtet, sofern der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt.

Bei Personen, die das 60. Lebensjahr am Unfalltag vollendet haben, wird bei einem Mitwirkungsanteil von weniger als 25 % auf eine Minderung verzichtet.

4 Einschränkungen von Ausschlüssen

- 4.1 Herzinfarkt und Schlaganfälle
- Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gelten Unfälle durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall mitversi-

chert; ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

- 4.2 Bewusstseinsstörungen
- Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit oder ärztlich verordneter Medikamente versichert.
- Unfälle durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind jedoch nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.
- Ausgeschlossen bleiben Unfälle infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von nicht ärztlich verordneten Medikamenten oder Drogen verursacht wurden.
- 4.3 Fristverlängerung bei überraschenden Kriegseignissen
- Abweichend von Ziffer 4.1.3 AUB 2013 erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges.
- 4.4 Fahrveranstaltungen
- In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Ausgeschlossen bleiben Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.
- 4.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen
- Abweichend von Ziffer 4.2.2 AUB 2013 besteht jedoch Versicherungsschutz für Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerbskrankheiten.
- 4.6 Infektionen
- 4.6.1 In Erweiterung zu Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen bei erstmalig durch einen Arzt diagnostizierte Infektionskrankheiten
- a) die durch Insektenstiche, bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis),
 - b) Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/ Paratyphus.
- Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.
- 4.6.2 In Erweiterung der Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten auch
- a) Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird;

- b) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

4.6.3 Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen

Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen und empfohlenen Schutzimpfung z.B. SARS-COVID-19, eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich um einem Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist

Abweichend der Ziffer 1.3 der AUB 2013 ist das Unfallereignis für Impfschäden der Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung.

- 4.7 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert.

5 Tarifumstellung im Erwachsenen-Tarif aufgrund Berufswechsel und Alter

- 5.1 Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel

Abweichend von Ziffer 5.2.1 AUB 2013 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt.

Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung nach Ziffer 5.2.2 AUB 2013 erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.

- 5.2 Altersumstellung des Erwachsenen-Tarifs

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für diese Altersgruppe. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6 Einschränkungen zu den Obliegenheiten

- 6.1 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2013 – erst dann einen Arzt

hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die vereinbarten Fristen nach Ziffer 2.1 AUB 2013 für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Invalidität sind zu beachten und werden durch diese Bestimmung nicht erweitert.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

- 6.2 Meldefrist bei Unfalltod

Abweichend Ziffer 6.5 AUB 2013 ist und der Unfalltod innerhalb von einer Woche nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

7 Fälligkeit der Leistung

- 7.1 Vorschussleistung

In Abänderung zu Ziffer 8.3 AUB 2013 kann der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Heilverfahrens einen Vorschuss von 10 % auf die zu erwartende Invaliditätsleistung als einmalige Kapitalleistung verlangt werden, sofern für die betroffene Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.

- 7.2 Beitragsfreie garantierte Vorauszahlung bei Schwerstverletzungen

- 7.2.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, kann vor Abschluss des Heilverfahrens eine Vorauszahlung auf die Invaliditätsleistung beansprucht werden.

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes im Sprunggelenk 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 bei der Augen),
 - Oberschenkelhalsbruch,
- oder
- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma),
 - Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarmes oder des Ober- und Unterschenkels,
- oder
- Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

- 7.2.2 Die Vorauszahlung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen und entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

- 7.2.3 Wird uns das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und schriftlich mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnisnahme geleistet.

- 7.2.4 Die Vorauszahlung beträgt für Oberschenkelhalsbrüche 5.000 Euro, für die weiteren unter Ziffer 7.2.1 genannten Voraussetzungen 15.000 Euro; sie ist auf die

versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) begrenzt.

7.2.5 Die Vorauszahlung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

7.3 Erweiterung der Fristen bei Neufeststellung der Invalidität in der Kinderunfallversicherung

Für die versicherte Person verlängert sich die Fünf-Jahresfrist in Erweiterung zur Ziffer 8.4 AUB 2013 für die Neufeststellung der Invalidität bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

8 Sonstige Erweiterungen

8.1 Erweiterte Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für den ungekündigten Vertrag, wenn er während der Vertragsdauer versterben sollten, in der Kinderunfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt die Beitragsfreistellung in der Kinderunfallversicherung

- bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet und
- auch für den Fall, wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer in den Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingestuft werden und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

8.2 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für Ehegatten oder Lebensgefährten

In Erweiterung zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt unter den dort genannten Voraussetzungen die Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebensgefährten. Die Beitragsbefreiung ist auf zwei Jahre begrenzt.

8.3 Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit

Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit (§ 117 Sozialgesetzbuch [SGB] III) des Versicherungsnehmers erstatten wir den Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 24 Monaten, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens 6 Monate die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit.

- a) Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen
 - in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis nach deutschem Recht stand und
 - ein Arbeitsentgelt bezog, das über dem einer geringfügigen Beschäftigung (§ 8 und 8 a SGB IV) lag.
- b) Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.
- c) Die Arbeitslosigkeit ist uns durch Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013) und, soweit vereinbart, die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium-Plus“.

1 Erweiterungen des Unfallbegriffs

- 1.1 In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen
- 1.1.1 durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe oder Stäube, wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt ausgesetzt war. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu sieben Tagen lang ausgesetzt war.
- Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
- 1.1.2 durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren,
- 1.1.3 durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,
- 1.1.4 wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten,
- 1.1.5 durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirn-ödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),
- 1.1.6 durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches,
- 1.1.7 der versicherten Personen bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nehmen,
- 1.1.8 durch Hitzschlag.
- 1.2 In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2013 gilt als Unfall, wenn durch oder Eigenbewegungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapsel oder Menisken ger-
zerrt oder zerrissen werden.
- Abweichend zu Ziffer 4.2.7 AUB 2013 gelten Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche als Unfall.
- Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.
- Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Ziffern 1.4 und 4.2.7 AUB 2013.

2 Erweiterung der Leistung

- 2.1 Fristverlängerung bei der Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung
- Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2013 muss die Invalidität innerhalb
- von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 2.2 Gliedertaxe Premium Plus
- Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachste-

hend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

– Arm	80 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
– Hand	75 %
– Daumen	30 %
– Zeigefinger	20 %
– anderer Finger	10 %
– für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	75 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
– Bein bis unterhalb des Knies	65 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
– Fuß	60 %
– große Zehe	15 %
– andere Zehe	5 %
– Auge	60 %
– Gehör auf einem Ohr	45 %
– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	20 %
– Sprechvermögen	100 %
– Niere	25 %
– beide Nieren	100 %
– falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
– Milz	10 %
– Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
– Gallenblase	10 %
– Magen	20 %
– Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
– Lungenflügel	50 %

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

Sind bei einem Unfallereignis beide Augen, das Gehör auf beiden Ohren in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsunfähigkeit in unterschiedlichen Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Organ verdoppelt.

Sind die Organe in ihrer Funktionsfähigkeit unterschiedlich beeinträchtigt, so verdoppelt sich lediglich/stattdessen der festgestellte Invaliditätsgrad für das geringer beeinträchtigte Organ. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt

Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei der Bewertung gemäß vorstehender Gliedertaxe.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (z.B. Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), können Sie anstelle der vorstehenden Invaliditätsgrade wahlweise die Bemessung der Beeinträchtigung der normale körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB 2013 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.2 zu bemessen.

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.3 Erweiterung der Übergangsleistung

2.3.1 In Ergänzung zu Ziffer 2.2 AUB 2013 zahlen wir die vereinbarte Übergangsleistung, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen seit Eintritt des Unfalls beeinträchtigt ist und diese Beeinträchtigung ununterbrochen seit drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 % bestanden hat.

Die Übergangsleistung ist spätestens einen Monat nach Ablauf der genannten Anspruchsfristen unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

2.3.2 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Abweichend von Ziffer 2.2 AUB 2013 wird die Versicherungssumme für Übergangsleistung bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig:

- Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

2.4 Erweiterte Dauer und Verbesserung beim Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

2.4.1 Höhe und Dauer des Krankenhaustagegeldes

Abweichend von Ziffer 2.4 AUB 2013 wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt je Unfallereignis.

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

2.4.2 Verbesserung beim Krankenhaustagegeld

- a) Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- b) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- c) Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird, sowie für ambulante Versorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose). Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, wird bei der Versorgung von Knochenbrüchen eine Mindestleistung von 200 Euro vorgenommen.
- d) In Erweiterung zu Ziffer 2.5 AUB 2013 bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

2.4.3 Verbesserung des Genesungsgeldes

Abweichend von 2.5.2 AUB 2013 wird das Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für zwei Jahre.

2.4.4 Koma- und Pflegegeld

Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankenhaustagegeld vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalls innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person

- a) sich in einem Koma befindet oder
- b) pflegebedürftig ab Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist.

2.5 Erweiterung der Todesfallleistung

2.5.1 Anspruch auf Todesfallleistung im zweiten Jahr

Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB 2013 besteht ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfallleistung auch dann, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 AUB 2013 eingetreten ist.

2.5.2 Anspruch auf die Todesfallleistung nach dem Verschollenheitsgesetz

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzts rechtswirksam für Tod erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.5.3 Erhöhung der Todesfallleistung

Versterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherten Elternteile innerhalb des ers-

ten Jahres ab dem Unfalltag und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod, maximal 500.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person weitere Versicherungen bei uns, kann diese Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.

2.5.4 Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 Euro.

2.5.5 Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2013 (Unfälle durch Geistes oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.

2.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig:

- Querschnittlähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

2.7 Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen) – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt.

Einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe ist spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

2.8 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.

Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammen gerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.

3 Zusätzlich mitversicherte beitragsfreie Leistungen (Mitversicherte Kostenpositionen)

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2013 leisten wir nach einem unter den Bestimmungen dieses Vertrages definierten Unfallereignis Ersatz für die nachgewiesenen unfallbedingten Kosten.

Die Leistungen gemäß Ziffern 3.1 bis 3.20 sind insgesamt auf 75.000 Euro je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht. Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch uns gegenüber nur wegen den restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht und ist die fehlende Eintrittspflicht nicht schuldhaft auf das Verhalten der versicherten Person zurückzuführen, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs- AG halten.

3.1 Soforthilfe Weltweit

Kommt die versicherte Person in Folge einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt beschränkt.

3.2 Kosten für kosmetische Operationen

3.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein.

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 23. Lebensjahres der versicherten Person, durchgeführt werden.

Wir leisten für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

3.2.2	Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide-, Eck- und Backenzähnen. Übernommen werden auch die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate). Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltage entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt worden sind. Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung oder den Ersatz der unmittelbar durch den Unfall beschädigten Zähne nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).		der versicherten Person die Kosten für die unfallbedingte Heilbehandlung erstattet und ein Erstattungsbeleg eingereicht wird. Erstattungsbelege sind Rechnungen und Rezepte, auf denen die Höhe der Leistung aus der Krankenversicherung vom Krankenversicherer vermerkt ist.
		3.7.2	Art der Leistung Wir erstatten die im Ausland entstandenen Aufwendungen für die notwendigen Heilbehandlungen einschließlich der Kosten für die nachgewiesenen Heil- und Hilfsmittel bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme (siehe Ziffer 3.7.3).
		3.7.3	Höhe der Entschädigungsleistung Wir erstatten bis höchstens 5.000 Euro je versicherte Personen und für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres.
		3.7.4	Definition Ausland Der Versicherungsschutz gilt nur während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 42 Tagen. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
3.3	Behandlung in einer Dekompressionskammer Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.		
3.4	Bergungskosten Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.		
3.5	Transportkosten Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.		
3.6	Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz Wir organisieren und erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet wurde. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbildes aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.		
3.7	Übernahme der unfallbedingten Heilkosten im Ausland Hat die versicherte Person einen nach diesem Vertrag versicherten Unfall im Ausland erlitten, ersetzen wir die im Weiteren beschriebenen Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland (siehe Ziffer 3.7.4):		
3.7.1	Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person erleidet einen nach den Vorschriften dieses Vertrages versicherten Unfall im Ausland. Die aufgrund der unfallbedingten Verletzungen erforderliche medizinisch notwendige Heilbehandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Die medizinische Notwendigkeit gilt auch als nachgewiesen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung		
		3.8	Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland Wir erstatten die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.
		3.9	Behinderungsbedingten Mehraufwendungen nach einem Unfall Die Leistungen werden erbracht, sofern die Maßnahmen ausschließlich durch einen versicherten Unfall verursacht wurden und – die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 % beeinträchtigt ist oder – nach Feststellung des von uns beauftragten Interlloyd-Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind. Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für – die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkw, – den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung, – einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim, – Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch VII) soweit ärztlich verordnet, – Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen, – Anschaffung eines Blindenhundes, – künstliche Organe und Organtransplantation bis max. 10.000 Euro. Die erforderlichen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.
		3.10	Übernahme von Reparaturkosten von Gliedmaßenprothesen Falls infolge eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2013 Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die

	versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.	3.15 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse Der versicherten Person wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten (Zuzahlungen) gemäß § 61 SGB V für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt. Die Krankenhaus-Zuzahlung wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.
3.11	Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet und für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur. Wir erstatten dem Versicherungsnehmer die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 10.000 Euro	3.16 Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall Auf die Anfrage der versicherten Person bzw. einer der versicherten Person nahe stehenden Person hin, vermitteln wir eine angemessene psychologische telefonische Hilfe. Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und die ihr nahe stehenden Personen bei der Verarbeitung des Unfalls unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten. Die Leistung ist auf bis zu vier Personen pro Unfallereignis begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.
3.12	Soforthilfe für Opfer eines Raubüberfälle und Geiselnahmen Wird die versicherte Person Opfer eines Raubes (§ 249 StGB) oder einer Geiselnahme (239b StGB) leisten wir eine Soforthilfe in Höhe von einem Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1. 3.1 AUB 2013), maximal 3.000 Euro je Schadenereignis. Die Gesamtleistung ist auf 6.000 Euro pro Jahr und versicherte Person begrenzt. Der Raub oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und protokolliert werden.	3.17 Kosten für eine psychologische Betreuung Die versicherte Person benötigt aufgrund – einer selbst erlittenen schweren Unfallverletzung oder – einer Schwerverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahe stehenden Person oder – eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme eine psychologische Betreuung. Wir übernehmen die Kosten für bis zu 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.
3.13	Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtskosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für fünf Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.	3.18 Rehamanagement 3.18.1 Führt der Unfall nach erster ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 50 % der versicherten Person, werden wir, in Abstimmung mit der versicherten Person, einen Rehabilitationsdienst beauftragen. Die voraussichtliche Beeinträchtigung ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
3.14	Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder, des Ehegatten bzw. des Lebenspartners der versicherten Person und dessen Kinder zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtskosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.	3.18.2 Wir erstatten die einmaligen Gutachterkosten des Rehabilitationsdienstes und die laufenden Aufwendungen für die Betreuung durch die Berater des Rehabilitationsdienstes für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation bis zu 30.000 Euro. 3.19 Beitragsfreie Zusatzleistung bei bestimmten Tumor- oder Krebserkrankungen 3.19.1 Zusatzhilfe bei bestimmten Tumor- und Krebserkrankungen Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB 2013 zahlen wir 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 20.000 Euro, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages und nach Ablauf der Wartezeit an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt: – Brustkrebs – Hodenkrebs – Gehirntumor – Gebärmutterhalskrebs – Eierstockkrebs Abweichend von Ziffer 9.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz für diese Erkrankungen erst nach einer

Wartezeit von 12 Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen. Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Zusatzhilfe bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung. Die Zahlung der Zusatzhilfe wird einmalig pro Krebserkrankung und versicherter Person gezahlt. Bei wiederholtem Krankheitsausbruch wird keine erneute Zahlung der Zusatzhilfe fällig.

3.19.2 Kosmetische oder plastische Brustoperationen als Folge von Brustkrebs

Die versicherte Person muss sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung, einer Brustoperation mit der Entfernung mindestens einer kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen. Krebs im Sinne dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

Wir leisten 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, insgesamt bis maximal 10.000 Euro. Die Zahlung wird pro Krebserkrankung einmalig erbracht.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, werden die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

Kein Versicherungsschutz besteht

- für Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
- für Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ (lokal begrenzter Krebsherd) zeigen oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden,
- bei wiederholter Krebserkrankung,
- für Fälle, bei denen die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres das 60. Lebensjahr vollendet hat.

3.20 Mitversicherung von Sportgeräten

3.20.1 Hat die versicherte Person einen nach Ziffer 1.3 AUB 2013 fallenden Unfall erlitten, der einen mindestens 3-tätigen medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt nach sich zieht und ist hierdurch das im Eigentum der versicherten Person stehende Sportgerät beschädigt oder zerstört worden, erstattet der Versicherer die erforderlichen Reparaturkosten bis zur Höhe des in Nr. 2 festgesetzten Zeitwertes und maximal bis zur Höhe der Entschädigungsgrenze (siehe Ziffer 3.18.3), für folgende Sportgeräte: Fahrräder, Einräder, Tauchausrüstung, Inline-Skates, Skier, Skateboards, Surfgeräte, Snowboards, Kick-boards (City-Roller).

3.20.2 Entschädigungsberechnung

Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt: Im 1. Jahr 90 %, im 2. Jahr 70 %, im 3. Jahr 60 %, im 4. Jahr 40 %, ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises.

Ersetzt werden nach dieser Entschädigungsberechnung nur Beträge ab 50 Euro. Versichert sind alle mit dem Sportgerät fest verbundenen Teile. Für lose mit den Sportgeräten verbundene Teile besteht dagegen kein Versicherungsschutz.

3.20.3 Entschädigungsgrenze

Die Leistung ist auf insgesamt 5.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt. Erhalten Sie für ein versichertes Sportgeräte aufgrund von Ereignissen, die durch andere Versicherungsverträge (z.B. Hausrat- oder Haftpflicht Versicherung) abgesichert sind, eine Entschädigungsleistung, besteht aus diesem Versicherungsvertrag kein Versicherungsschutz.

3.20.4 Abweichende Kündigungsfrist

Die „Mitversicherung von Sportgeräten“ kann jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen. Die Kündigung hat in Textform zu erfolgen.

3.21 Maximale Entschädigungsleistung

Bestehen für die versicherten beitragsfreien Leistungen nach Ziffer 3 weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.

4 Beitragsfreie Zusatzleistung in der Kinderunfallversicherung

4.1 Beitragsfreie Unfall-Todesfallleistung

Für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt nach Ablauf der Vorsorgeversicherung gemäß Ziffer 5.11 eine beitragsfreie Todesfallleistung gemäß Ziffer 2.6 AUB 2013 von 5.000 Euro versichert. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

4.2 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Fahrrad- und Skateboardunfall

Die versicherte Grundsomme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 %, wenn das versicherte Kind bei einem Fahrrad-, Inlineskate- oder Skateboard-Unfall nachweislich einen Fahrradhelm bzw. handelsübliche Schutzkleidung (Ellenbogen-, Handgelenk- und Knieschoner sowie Schutzhelm) getragen hat. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.

4.3 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Die versicherte Grundsomme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 %, wenn das versicherte Kind als berechtigter Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet. Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind: Im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßen- und Eisenbahnen; Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.

4.4 Kosten für Nachhilfestunden

Wir erstatten Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden haben und

- unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemein bildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.

Die Kosten werden bis maximal 50 Euro pro Tag, begrenzt auf 30 Tage erstattet.

4.5 Kindergartenausfallgeld

Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht den Kindergarten besuchen, erstatten wir für jeden Werktag ein Kindergartenausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Kindergartenausfallgeldes ist uns unter Vorlage eines entsprechend ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert ist.

4.6 Schulausfallgeld

Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für jeden Schultag ein Schulausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr und ist unter Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert.

4.7 Kosten für Krankenbesuche von versicherten Kindern

Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise, infolge einer Unfallverletzung, länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person und erstatten die Fahrt- und Übernachtungskosten.

Die Fahrt- und Übernachtungskosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

4.8 Übernachtungskosten im Krankenhaus/Rooming-In

Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-In-Kosten für eine dem versicherten Kind nahe stehende Person, sofern das versicherte Kind

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die Übernachtungskosten tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

4.9 Kinderbetreuung

Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, für z.B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereitung der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Voraussetzung ist, dass

- sich die versicherte Person unfallbedingt und vollstationär im Krankenhaus befindet und

- eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.

Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir bis maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

4.10 Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder

Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, z.B. zur Schule oder zu Arztterminen.

Die Kosten für den Fahrdienst tragen wir bis maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

5 Vorsorgeversicherung für Kinder/bei Eheschließung und Bau oder Kauf eines Eigenheimes

5.1 Vorsorgeversicherung für Neugeborene

- Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 60.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 Euro Todesfallsumme bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.
- Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz nach Absatz 1 des Vertrages zusätzlich. Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
- Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall.

Die Beträge nach a) bis c) unterliegen nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers garantieren wir die Annahme des neugeborenen Kindes zu den Leistungsarten und Versicherungssummen gemäß Ziffer 5.1. a) auch ohne Gesundheitsprüfung bis zum 14. Lebensjahr.

5.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit

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

mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Diese Beträge unterliegen nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

5.3 Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.7)

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Erwerb des Eigenheimes oder,

- b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.

Die beitragsfreie Sofortleistung gilt nur unter der Voraussetzung, dass wir von Ihnen spätestens drei Monate nach Erwerb/Baubeginn eine schriftliche Nachricht erhalten. Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je 40.000 Euro ab Erwerb/Baubeginn.

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine:

- a) mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn
- b) mit Veräußerung des Eigenheimes
- c) Beendigung der Unfallversicherung

6 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

- 6.1 Abweichend von Ziffer 3 AUB 2013 unterbleibt die Leistungskürzung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen weniger als 70 % beträgt.
- 6.2 Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben gilt:
Ergänzend zu Ziffer 6.1 verzichten wir auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen.
- 6.3 Für Personen, die das 18., nicht aber das 60. Lebensjahr vollendet haben gilt:
Ergänzend zu Ziffer 6.1 verzichten wir auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen für Personen, die bei der Antragsstellung alle Gesundheitsfragen mit „Nein“ beantwortet haben
- 6.3.2 Für Personen, die während der Wirksamkeit des Vertrages an einer der folgenden Erkrankungen leiden, gilt ein Mitwirkungsanteil von 25 % gemäß Ziffer 3 AUB 2013:
- Autismus
 - Alzheimer oder andere Formen von Demenzerkrankungen
 - Alkoholismus; Drogenabhängige
 - Bluter
 - Down Syndrom/Trisomie 21
 - Diabetes mellitus
 - Depressionen (aktuell in Therapie und Medikamenteneinnahme)
 - geistig behinderte Personen
 - Glasknochenkrankheit
 - HIV/Aids
 - Multiple Sklerose
 - Osteoporose
 - Paget-Syndrom/Morbus Paget
 - Parkinsonsche Krankheit
 - Polyneuropathie
- 6.4 Die Erweiterungen nach Ziffer 6.1 bis 6.3 entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat. Es gilt dann die Leistungskürzung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 % gemäß Ziffer 3 AUB 2013.

7 Einschränkungen von Ausschlüssen

- 7.1 Herzinfarkt und Schlaganfälle
Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gelten Unfälle durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall mitversichert; ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

7.2 Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit, Einnahme von Medikamenten (auch z.B. durch die Verabreichung von K.O. Tropfen) oder durch Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.

Unfälle durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind jedoch nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von Drogen verursacht wurden.

7.3 Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls

Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall verursacht wurden.

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den epileptischen Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

7.4 Unfälle als Folge von Übermüdung

Abweichung von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gilt der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle oder Erschrecken nicht als Bewusstseinsstörungen und ist daher mitversichert.

7.5 Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18. Jahren

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2013 sind Unfälle von

- Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen

mitversichert, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass mit der Fahrt keine weiteren Straftaten begangen wurden.

7.6 Unfälle durch selbst gebaute Feuerwerkskörper bei Personen unter 18. Jahren

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2013 sind Unfälle von

- Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen

mitversichert, wenn die versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass durch die Herstellung und den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

7.7 Fristverlängerung bei überraschenden Kriegseignissen

Abweichend von Ziffer 4.1.3 AUB 2013 erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges.

- 7.8 Kitesurfen
Zur Klarstellung des Ziffer 4.1.4 AUB 2013 fällt das Kitesurfen nicht unter den Ausschluss Luftfahrzeuge.
- 7.9 Fahrveranstaltungen
In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Ausgeschlossen bleiben Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.
- 7.10 Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen
In Abänderung von Ziffer 4.2.1 AUB 2013 gelten Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen als mitversichert.
- 7.11 Gesundheitsschäden durch Strahlen
Abweichend von Ziffer 4.2.2. AUB 2013 besteht jedoch Versicherungsschutz für Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerbskrankheiten.
- 7.12 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper
In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2013 gelten Gesundheitsschäden durch Pediküre und Maniküre als mitversichert.
- 7.13 Infektionen
- 7.13.1 In Erweiterung zu Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen bei erstmalig durch einen Arzt diagnostizierte Infektionskrankheiten
- a) die durch Insektenstiche, bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis),
 - b) Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/ Paratyphus.
- Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.
- 7.13.2 In Erweiterung der Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten auch
- a) Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird;
 - b) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen als mitversichert.
- 7.13.3 Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen
Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen und empfohlenen Schutzimpfung z.B. SARS-COVID-19, eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich um einen Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist

Abweichend der Ziffer 1.3 der AUB 2013 ist das Unfallereignis für Impfschäden die erstmalige Feststellung einer Impfreaktion durch einen Arzt.

- 7.14 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe
Für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 Versicherungsschutz. Mitversichert sind für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben auch Vergiftungen oder Verätzungen im Mund- oder Rachenraum durch die Einführung feste oder flüssige Stoffe.
- 7.15 Mitversicherung unfallbedingter psychischer und nervöser Störungen
Abweichend zu Ziffer 4.2.6 AUB 2013 gilt als vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.

8 Tarifumstellung im Erwachsenen-Tarif aufgrund Berufswechsel und Alter

- 8.1 Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel
Abweichend von Ziffer 5.2.1 AUB 2013 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt.
Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung nach Ziffer 5.2.2 AUB 2013 erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.
- 8.2 Altersumstellung des Erwachsenentarifs ab dem 60. Lebensjahr
Zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das
- 60. Lebensjahr und/oder
 - 75. Lebensjahr
- vollendet hat, stellen wir dann auf den jeweils für diese Altersgruppe gültigen Tarif um.
Über die Anpassungen werden wir Sie rechtzeitig informieren.
Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 2. Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort

9 Einschränkungen zu den Obliegenheiten

9.1 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2013 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die vereinbarten Fristen nach Ziffer 2.1.1.1 für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Invalidität sind zu beachten und werden durch diese Bestimmung nicht erweitert.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

9.2 Pauschale Vergütung des Verdienstaustauschs

Wird in Ergänzung zu Ziffer 6.3 AUB 2013 bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaustausch nicht konkret nachgewiesen, so wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 500 Euro je Unfallereignis erstattet.

9.3 Meldefrist bei Unfalltod

Ziffer 6.5 AUB 2013 wird gestrichen.

9.4 Versehensklausel

Unterbleibt leicht fahrlässig eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben

10 Fälligkeit der Leistung

10.1 Vorschussleistung

In Abänderung zu Ziffer 8.3 AUB 2013 kann der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Heilverfahrens einen Vorschuss von 10 % auf die zu erwartende Invaliditätsleistung als einmalige Kapitaleistung verlangt werden, sofern für die betroffene Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.

10.2 Beitragsfreie garantierte Vorauszahlung bei schwersten Verletzungen

10.2.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, kann vor Abschluss des Heilverfahrens eine Vorauszahlung auf die Invaliditätsleistung beansprucht werden.

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes im Sprunggelenk 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 bei der Augen),
 - Oberschenkelhalsbruch,
- oder
- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma),
 - Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarmes oder des Ober- und Unterschenkels,
- oder

- Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

10.2.2 Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen und entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

10.2.3 Wird uns das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und schriftlich mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnissnahme geleistet.

10.2.4 Die Vorauszahlung beträgt für Oberschenkelhalsbrüche 5.000 Euro, für die weiteren unter Ziffer 10.2.1 genannten Voraussetzungen 15.000 Euro; sie ist auf die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) begrenzt.

10.2.5 Die Vorauszahlung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

10.3 Erweiterung der Fristen bei Neufeststellung der Invalidität in der Kinderunfallversicherung

In Erweiterung zu Ziffer 8.4 AUB 2013 verlängert sich die Fünf-Jahresfrist für die Neufeststellung der Invalidität bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

11 Sonstige Erweiterungen

11.1 Erweiterte Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für den ungekündigten Vertrag, wenn er während der Vertragsdauer versterben sollte, in der Kinderunfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt die Beitragsfreistellung in der Kinderunfallversicherung

- bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet und
- auch für den Fall, wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer in den Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingestuft werden und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten

11.2 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für Ehegatten oder Lebensgefährten

In Erweiterung zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt unter den dort genannten Voraussetzungen die Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebensgefährten. Die Beitragsbefreiung ist auf zwei Jahre begrenzt

11.3 Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit

Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit (§ 117 Sozialgesetzbuch [SGB] III) des Versicherungsnehmers erstatten wir den Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 36 Monaten, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens 6 Monate die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit.

- a) Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen
 - in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis nach deutschem Recht stand und
 - ein Arbeitsentgelt bezog, das über dem einer geringfügigen Beschäftigung (§ 8 und 8 a SGB IV) lag.
 - b) Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.
 - c) Die Arbeitslosigkeit ist uns durch Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen.
- 11.4 Beitragsfreistellung bei Arbeitsunfähigkeit
- 11.4.1 Ergänzend zu Ziffer 10 AUB 2013 gilt Folgendes als vereinbart:
- Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.
- 11.4.2 Art und Höhe der Leistung:
- Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten nach Versicherungsbeginn tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein.
 - Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.
- Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
 - Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.
 - Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.
- 11.4.3 Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.
- 11.5 Anpassung der Summen ohne Gesundheitsprüfung
- Auf ihren Antrag hin können Sie den bestehenden Versicherungsumfang jederzeit ihrem aktuellen Versicherungsbedarf anpassen. Für bereits versicherte Leistungsarten (siehe Ziffer 2.1 bis 2.6 AUB 2013) garantieren wir die Annahme ohne Gesundheitsprüfung sofern sich die bestehenden Summen nicht mehr als 10 % erhöhen. Voraussetzung ist, dass unserer tariflichen Höchstzeichnungssummen nicht überschritten werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 Protect)

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.
Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfalleistung
 - 2.7 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.8 Sofortleistung bei Frakturen
 - 2.9 Haushaltshilfegeld
 - 2.10 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen
 - Kosmetische Operationen
 - Bergungs- und Transportkosten
 - Kurkostenbeihilfe
 - Rooming-in
 - Medizinische Hilfsmittel
 - Serviceleistungen
 - 2.11 Maximale Entschädigungsleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

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?

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 17 Welches Recht findet Anwendung?
- 18 Künftige Bedingungsverbesserung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.4.1 Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen
 - die eine versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt oder
 - wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellver-

letzung, bei einem Tauchereignis auftreten. Dies gilt auch für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

- 1.6 Vorsorgeversicherung
Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik oder Progression.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
- 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist innerhalb
- von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung
- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|---|--------|
| – Arm | 75 % |
| – Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 70 % |
| – Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| – Hand | 60 % |
| – Daumen | 25 % |
| – Zeigefinger | 15 % |
| – anderer Finger | 10 % |
| – für sämtliche Finger einer Hand, höchstens. | 60 % |
| – Bein über der Mitte des Oberschenkels | 75 % |
| – Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 65 % |
| – Bein bis unterhalb des Knies | 55 % |
| – Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 50 % |
| – Fuß | 45 % |
| – große Zehe | 8 % |
| – andere Zehe | 5 % |
| – Auge | 55 % |
| – Gehör auf einem Ohr | 35 % |
| – Geruchssinn | 12,5 % |
| – Geschmackssinn | 7,5 % |
- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
- 2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall
- und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- 2.1.2.4 Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3 nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- Diese Erweiterung gilt nicht für Verträge, denen die progressiven Invaliditätsstaffeln zugrunde liegen.
- 2.1.2.5 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 225 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
 - 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
 - 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.
- 2.1.2.6 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 350 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
 - 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
 - 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.
- 2.1.2.7 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 500 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
 - 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
 - 3) für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme,
 - 4) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätssumme.
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt
- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.
- Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

	Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.		eine einmalige Leistung in Höhe von zwei Tagessätzen des vereinbarten Genesungsgeldes gezahlt.
2.2.2	Art und Höhe der Leistung	2.6	Todesfallleistung
	Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.	2.6.1	Voraussetzungen für die Leistung
2.3	Tagegeld		Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
2.3.1	Voraussetzungen für die Leistung		Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.
	Die versicherte Person ist unfallbedingt	2.6.2	Höhe der Leistung
	– in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und		Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
	– in ärztlicher Behandlung.		Versterben die beiden versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis innerhalb des ersten Jahres ab dem Unfalltag und haben die bezugsberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für die Todesfallleistung, jedoch höchstens eine zusätzliche Gesamtleistung von 40.000 Euro.
2.3.2	Höhe und Dauer der Leistung		
	Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.		
	Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.	2.7	Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.4	Krankenhaustagegeld		Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig:
2.4.1	Voraussetzungen für die Leistung:		– Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
	Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.		– Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
	Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.		– Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung:		– Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
	Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.		– Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20
2.4.3	Verbesserung beim Krankenhaustagegeld		– schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
	a) Wir gewähren innerhalb von weiteren drei Jahren Krankenhaustagegeld, sofern der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von eingebrachten Osteosynthesematerialien dient, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der vorangegangenen Krankenhausbehandlung stehen.		– Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
	b) Bei einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h., es muss eine ganze Extremität betäubt werden) wird eine einmalige Leistung in Höhe von zwei Tagessätzen des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.		– Bruch eines langen Röhrenknochens;
	c) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfall-einweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.		– Bruch des Beckens;
			– Bruch der Wirbelsäule;
			– gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs
2.5	Genesungsgeld		Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Nr. 3 der AUB entsprechende Anwendung.
2.5.1	Voraussetzungen für die Leistung		Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
	Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.	2.8	Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)
2.5.2	Höhe und Dauer der Leistung		Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
	Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.	2.9	Haushaltshilfegeld
	Besteht nach Ziffer 2.4.3 b) ein Anspruch auf ein Krankenhaus-Tagegeld bei ambulanten Operationen, wird		Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwen-

diger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.

Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.

Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.10 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen

2.10.1 Kosmetische Operationen

2.10.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.

2.10.1.2 Leistungsumfang

Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für

- Arzthonorare und Operationen
- Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel

bis zur einer Versicherungssumme von 6.000 Euro. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, auch wenn diese medizinisch notwendig sind, werden nicht übernommen

2.10.1.3 Fristen

Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

2.10.2 Bergungs- und Transportkosten

2.10.2.1 Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 6.000 Euro.

Wir zahlen

- die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist.
- die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit.
- die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei grö-

ßerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linieneinfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt.

- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der InterLloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die InterLloyd Versicherungs-AG halten.

2.10.2.3 Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.10.3 Kurkostenbeihilfe

- a) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, zahlen wir einen Betrag in Höhe von 2.500 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe ist Ziffer 3 mit zu berücksichtigen. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- b) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ärztliches Attest nachzuweisen. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.

2.10.4 Rooming-in

Wir erstatten die Übernachtungskosten, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich unfallbedingt

- in vollstationärer Heilbehandlung befindet und
- ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in).

Wir zahlen für die kostenpflichtige Übernachtung eine Pauschale in Höhe von 25 Euro pro Übernachtung, maximal 500 Euro.

2.10.5 Medizinische Hilfsmittel

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die notwendigen Leistungen für medizinische Hilfsmittel (Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Roll- bzw. Krankenfahrrad) bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.500 Euro, soweit dieses ärztlich angeordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurde.

Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.10.6 Serviceleistungen

Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service

- a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;

- b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.

2.11 Maximale Entschädigungsleistung

Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Ziffer 2.10. weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden die Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG wenden. Bestehen bei der Interlloyd Versicherungs-AG noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, wird auf eine Minderung bei Personen, die das 60. Lebensjahr am Schadentag noch nicht vollendet haben, verzichtet. Für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, wird bei einem Mitwirkungsanteil von weniger als 25 % auf eine Minderung verzichtet.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Wer mit einem Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingestuft ist.

4.2 Beendigung der Versicherung

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Personen die Versicherung.

Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

4.3 Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf Antrag

Auf Antrag der versicherten Person und nach Einzelantragprüfung kann der Versicherungsvertrag fortgesetzt werden.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, sowie durch Schlaganfälle,

epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren, sowie Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht wurden.

Das Lenken von Kraftfahrzeugen, ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht

- wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person alkoholkrank oder medikamentenabhängig gewesen ist,
- bei Drogeneinfluss oder Medikamentenmissbrauch.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, für Unfälle bei gelegentlichen Fahrten in einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn. Ausgeschlossen bleiben jedoch Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne der Ziffer 1.3 darstellen. Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen, die als

- Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen
- 5.2.4.1 Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten, sowie
 - beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Frühsommer-Meningoenzephalitis [FSME], Tollwut, Wundstarrkrampf)
- Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines für die versicherte Person stattfand.
- Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.
- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.4.4 Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen
- Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen und empfohlenen Schutzimpfung z.B. SARS-COVID-19, eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich um einen Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist
- Abweichend der Ziffer 1.3 der AUB 2013 ist das Unfallereignis für Impfschäden der Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, ausgenommen Nahrungsmittelvergiftung – nicht Alkoholvergiftungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Als Unfälle gelten jedoch unfreiwillig erlittene Vergiftungen und Gesundheitsschädigungen durch ausströmende Dämpfe und Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc., sofern es sich um ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis handelt. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann noch angenommen, wenn der Versicherte durch besondere Umstände mehrere Stunden diesen Dingen ausgesetzt war. Gesundheitsschäden durch Dämpfe, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. aufgrund berufsbedingter Umstände gelten als nicht mitversichert.

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Zuschlagspflichtige Gefahrengruppen sind:

- Bundesgrenzschutzbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Bundeswehrbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Dachdecker
- Berufsfeuerwehr (keine Verwaltung)
- Gerüstbauer
- Kopfschlächter
- Polizeibeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Sägewerker
- Schauspieler
- Schausteller
- Schlachter
- Schornsteinbauer und Schornsteinfeger
- Waldarbeiter

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

Unterbleibt die Anzeige über eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 6.2.2 nicht ein. Die Prämienberichtigung und -verrechnung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines

Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.
- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von einer Woche nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 7.6 Sofern Soforthilfe bei Frakturen vereinbart gilt, hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir nach Absprache mit uns in voller Höhe.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.
Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
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 jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

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

- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 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.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Ein-

haltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet.

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

11.8 Dynamik

11.8.1 Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und den Todesfall, für das Tagegeld, Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld und die Übergangsleistung ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 5 %. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro, für die Übergangsleistung auf volle 10 Euro und für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet. Der

Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten nach Ziffer 2 dieser Bedingungen erfolgt nicht.

11.8.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.

11.8.3 Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.

11.8.4 Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 11.8.3.

Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.

11.8.5 Auf ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

	Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.		
13.2	Rücktritt		
13.2.1	Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.	13.3.2	Können wir nicht zurückschreiten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen. Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsversicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.
13.2.2	Ausschluss des Rücktrittsrechts Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.		
13.2.3	Folgen des Rücktritts Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.	13.4	Anfechtung Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
13.3	Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung	14	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
13.3.1	Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben. Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis	14.1	Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
		14.2	Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
		15	Welches Gericht ist zuständig?
		15.1	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
		15.2	Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Hilfstabelle progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionsmodelle)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit einer progressiven Invaliditätsstaffel vereinbart. Im Leistungsfall berechnet sich die Höhe der Invaliditätsleistung nach dem im Versicherungsschein vereinbarten Progressionsmodell.

1 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

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

2 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

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

3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

Invaliditätsleistung (IL) in % der Grundsumme nach Invaliditätsgrad (IG)									
IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	29	41	89	56	161	71	251	86	374
27	33	42	93	57	167	72	257	87	383
28	37	43	97	58	173	73	263	88	392
29	41	44	101	59	179	74	269	89	401
30	45	45	105	60	185	75	275	90	410
31	49	46	109	61	191	76	284	91	419
32	53	47	113	62	197	77	293	92	428
33	57	48	117	63	203	78	302	93	437
34	61	49	121	64	209	79	311	94	446
35	65	50	125	65	215	80	320	95	455
36	69	51	131	66	221	81	329	96	464
37	73	52	137	67	227	82	338	97	473
38	77	53	143	68	233	83	347	98	482
39	81	54	149	69	239	84	356	99	491
40	85	55	155	70	245	85	365	100	500

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sofern Sie mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen für Heilberufe vereinbart haben (siehe Versicherungsschein) gilt:

1 Einschluss von Infektionen für Heilberufe

- 1.1 Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):

In Ergänzung der Ziffer 4.2.4 der AUB 2013 bzw. 5.2.4 der AUB 2007 gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

- 1.2 Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:

In Ergänzung der Ziffer 4.2.4 der AUB 2013 bzw. 5.2.4 der AUB 2007 gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Niesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

- 1.3 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren:

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

Im Falle der Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:

Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infekti-

onskrankheit (z.B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

2 Gliedertaxe Heilberufe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 bzw. 2.2.2.1 der AUB 2007 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

– Arm	100 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
– Hand	100 %
– Daumen	60 %
– Zeigefinger	60 %
– anderer Finger	20 %
– für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	100 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
– Bein bis unterhalb des Knies	70 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
– Fuß	70 %
– große Zehe	15 %
– andere Zehe	5 %
– Auge	80 %
– Gehör auf einem Ohr	45 %
– Gehör auf beiden Ohren	70 %
– Geruchssinn	20 %
– Geschmackssinn	20 %
– Vollständiger Verlust des Sprechvermögens	100 %
– Niere	25 %
– beide Nieren	100 %
– falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
– Milz	10 %
– Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
– Gallenblase	10 %
– Magen	20 %
– Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
– Lungenflügel	50 %

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

Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei den Leistungen gemäß Ziffer 2.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), kann der Versicherungsnehmer anstelle der dort genannten In-

validitätsgrade wahlweise eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 2 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2 zu bemessen.

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

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

1 Versicherungen ohne Namensangabe

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

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

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsrechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

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

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

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

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

3 Vertragsdauer

3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

3.1.1 Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt

- a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet.
- b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist.

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

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

Allgemeine Unfallrentenversicherungs-Bedingungen (AURB 2007)

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.
Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Unfallrente
 - 2.2 Soforthilfe bei Frakturen
 - 2.3 Haushaltshilfegeld
 - 2.4 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen
 - Kosmetische Operationen
 - Bergungskosten
 - Kurkostenbeihilfe
 - Rooming-in
 - Rückholkosten
 - Medizinische Hilfsmittel
 - Serviceleistungen
 - 2.5 Maximale Entschädigungsleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

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?

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 17 Welches Recht findet Anwendung?
- 18 Künftige Bedingungsverbesserung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.4.1 Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen
 - die eine versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt oder
 - wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten. Dies gilt auch für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

- 1.6 Vorsorgeversicherung
Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.
Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik oder Progression.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

- 2.1 Unfallrente
 - 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie

	voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.				gerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
	Die Invalidität ist innerhalb	2.1.2.3	Stirbt die versicherte Person		
	– von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und		– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder		
	– von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.		– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall		
2.1.1.2	Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.		und war ein Anspruch auf Unfallrente nach 2.1.2 entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.		
2.1.2	Art und Höhe der Leistung	2.2	Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)		
2.1.2.1	Die Unfallrente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem der Versicherte stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach 2.1.2.2 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, das der Grad der Invalidität unter den im Versicherungsschein vereinbarten Invaliditätsgrad gesunken ist.		Sofern im Versicherungsvertrag vereinbart, wird einmalig eine Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt, wenn der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen) führt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.		
	Zusätzlich wird einmalig ein Betrag in Höhe von zwölf Monatsrenten gezahlt, wenn die versicherte Person stirbt und ein Anspruch auf Rentenzahlung zum Zeitpunkt des Todes bestand.	2.3	Haushaltshilfegeld		
	Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Ansprüche auf Unfallrente, wenn der Tod innerhalb eines Monats nach dem Unfall eintritt.		Sofern im Versicherungsvertrag vereinbart, wird Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt, wenn sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.		
2.1.2.2	Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.1. Er kann innerhalb von drei Jahren nach Zugang der Erklärung gemäß Ziffer 9 einmal jährlich erneut ärztlich bemessen werden; die erneute Bemessung können wir oder Sie veranlassen.		Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.		
	Dieses Recht muss mit Abgabe einer Erklärung entsprechend Ziffer 9 Ihnen gegenüber innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.		Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.		
2.1.2.2.1	Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:	2.4	Zusätzliche beitragsfreie Leistungen		
	– Arm	75 %	2.4.1	Kosmetische Operationen	
	– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %	2.4.1.1	Voraussetzungen für die Leistung	
	– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %		Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.	
	– Hand	60 %	2.4.1.2	Leistungsumfang	
	– Daumen	25 %		Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für	
	– Zeigefinger	15 %		– Arzthonorare und Operationen	
	– anderer Finger	10 %		– Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus	
	– für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	60 %		– medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel	
	– Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %		bis zur einer Versicherungssumme von 6.000 Euro. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.	
	– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %		Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, auch wenn diese medizinisch notwendig sind, werden nicht übernommen.	
	– Bein bis unterhalb des Knies	55 %	2.4.1.3	Fristen	
	– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %		Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.	
	– Fuß	45 %	2.4.2	Bergungskosten	
	– große Zehe	8 %	2.4.2.1	Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 6.000 Euro.	
	– andere Zehe	5 %		Wir zahlen	
	– Auge	55 %		– die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Ge-	
	– Gehör auf einem Ohr	35 %			
	– Geruchssinn	12,5 %			
	– Geschmackssinn	7,5 %			
	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.				
2.1.2.2.2	Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.				
2.1.2.2.3	Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.				
2.1.2.2.4	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen-				

- bühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist.
 - die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
 - die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.
 - die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt.
 - die Überführungskosten bei einem Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die Bestattungskosten im Ausland.
- 2.4.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG halten.
- 2.4.2.3 Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- 2.4.3 Kurkostenbeihilfe
- a) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, zahlen wir einen Betrag in Höhe von 2.500 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe ist Ziffer 3 mit zu berücksichtigen. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
 - b) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ärztliches Attest nachzuweisen. Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur.
- 2.4.4 Rooming-in
- Wir erstatten die Übernachtungskosten, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich unfallbedingt
- in vollstationärer Heilbehandlung befindet und
 - ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in).
- Wir zahlen für die kostenpflichtige Übernachtung eine Pauschale in Höhe von 25 Euro pro Übernachtung, maximal 500 Euro.
- 2.4.5 Rückholkosten
- a) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort die entstandenen Kosten des Verletzten für den Rücktransport in ein Krankenhaus an seinem ständigen Wohnsitz. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der verbleibenden Kosten geltend gemacht werden.
- b) Bestehen für den Versicherten bei der Interlloyd Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Rückholkosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
 - c) Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 5.000 Euro.
 - d) Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- 2.4.6 Medizinische Hilfsmittel
- Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die notwendigen Leistungen für medizinische Hilfsmittel (Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Roll- bzw. Krankenfahrstuhl) bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.500 Euro, soweit dieses ärztlich angeordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurde.
- Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 2.4.7 Serviceleistungen
- Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service
- a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;
 - b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.
- 2.5 Maximale Entschädigungsleistung
- Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Ziffer 2.4 weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden die Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG wenden. Bestehen bei der Interlloyd Versicherungs-AG noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

3

Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4	Welche Personen sind nicht versicherbar?	
4.1	Nicht versicherbare Personen Wer mit einem Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung eingestuft ist.	
4.2	Beendigung der Versicherung Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Personen die Versicherung. Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.	5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Versicherungsschutz besteht jedoch, für Unfälle bei gelegentlichen Fahrten in einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn. Ausgeschlossen bleiben jedoch Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.
4.3	Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf Antrag Auf Antrag der versicherten Person und nach Einzelfallprüfung kann der Versicherungsvertrag fortgesetzt werden.	5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
5.1	Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:	5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
5.1.1	Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren, sowie Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht wurden. Das Lenken von Kraftfahrzeugen, ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt. Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht	5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
	– wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person alkoholkrank oder medikamentenabhängig gewesen ist,	5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
	– bei Drogeneinfluss oder Medikamentenmissbrauch.	5.2.4 Infektionen
5.1.2	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.	5.2.4.1 Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
5.1.3	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.	– durch Insektenstiche oder -bisse oder – durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
5.1.4	Unfälle der versicherten Person	5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
	– als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;	– Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
	– bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;	– Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten, sowie
	– bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.	– beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Frühsommer-Meningoenzephalitis [FSME], Tollwut, Wundstarrkrampf).
		Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.
		5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
		5.2.4.4 Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen und empfohlenen Schutzimpfung z.B. SARS-COVID-19, eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich um einen Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist Abweichend der Ziffer 1.3 der AUB 2013 ist das Unfallereignis für Impfschäden der Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, ausgenommen Nahrungsmittelvergiftung – nicht Alkoholvergiftungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Als Unfälle gelten jedoch unfreiwillig erlittene Vergiftungen und Gesundheitsschädigungen durch ausströmende Dämpfe und Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc., sofern es sich um ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis handelt. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann noch angenommen, wenn der Versicherte durch besondere Umstände mehrere Stunden diesen Dingen ausgesetzt war. Gesundheitsschäden durch Dämpfe, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. aufgrund berufsbedingter Umstände gelten als nicht mitversichert.

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 gestrichen

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Zuschlagspflichtige Gefahrengruppen sind:

- Bundesgrenzschutzbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Bundeswehrbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Dachdecker
- Berufsfeuerwehr (keine Verwaltung)
- Gerüstbauer
- Kopfschlächter
- Polizeibeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Sägewerker
- Schauspieler
- Schausteller
- Schlachter
- Schornsteinbauer und Schornsteinfeger
- Waldarbeiter

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von einer Woche nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7.5 Sofern Soforthilfe bei Frakturen vereinbart gilt, hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei Invalidität bis zu 10 % der versicherten monatlichen Unfallrente.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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 jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

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.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

- Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
- Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
- Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
- Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
- Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:
- 11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet.
- 11.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

- 11.8 Dynamik
- 11.8.1 Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen um jeweils 3 %.
- Dabei werden die Versicherungssummen für Unfallrente auf volle 10 Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten nach Ziffer 2 dieser Bedingungen erfolgt nicht.
- 11.8.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.
- 11.8.3 Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 11.8.4 Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 11.8.3.
- Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
- 11.8.5 Auf Ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
- Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

13.3.2

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

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.4

Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1

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

14.2

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.2

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)

§ 5 Leistungsumfang

(1) Die ARAG erbringt und vermittelt Dienstleistungen zur rechtlichen Interessenwahrnehmung und trägt

- a) bei Eintritt des Rechtsschutzfalles im Inland die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines am Ort des zuständigen Gerichtes ansässigen Rechtsanwaltes. Die ARAG trägt in Fällen, in denen das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) für die Erteilung eines mündlichen oder schriftlichen Rates oder einer Auskunft (Beratung), die nicht mit einer anderen gebührenpflichtigen Tätigkeit zusammenhängt, und für die Ausarbeitung eines Gutachtens keine der Höhe nach bestimmte Gebühr festsetzt, je Rechtsschutzfall die übliche Vergütung, höchstens jedoch 250 Euro, und für ein erstes Beratungsgespräch höchstens 190 Euro.

Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und erfolgt eine gerichtliche Wahrnehmung seiner Interessen, trägt die ARAG bei den Leistungsarten gemäß § 2 a) bis g), l), m), und o) in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwaltes, der lediglich den Verkehr mit dem Prozessbevollmächtigten führt, oder stattdessen in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder des für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes;

- b) bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Ausland die angemessene Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen, am Ort des zuständigen Gerichtes ansässigen ausländischen oder eines im Inland zugelassenen Rechtsanwaltes. Im letzteren Fall trägt die ARAG die Vergütung bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung, die entstanden wäre, wenn das Gericht, an dessen Ort der Rechtsanwalt ansässig ist, zuständig wäre. § 5 Absatz 1 a) Satz 2 gilt entsprechend.

Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und ist ein ausländischer Rechtsanwalt für den Versicherungsnehmer tätig, trägt die ARAG in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwaltes, der lediglich den Verkehr mit dem ausländischen Rechtsanwalt führt.

Ist der Rechtsschutzfall durch einen Kraftfahrzeugunfall im Geltungsbereich des § 6 Absatz 1 eingetreten und eine zunächst betriebene Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland erfolglos geblieben, so dass eine Rechtsverfolgung im Ausland notwendig wird, trägt die ARAG zusätzlich die Kosten eines inländischen Rechtsanwaltes bei der Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland im Rahmen der gesetzlichen Gebühren bis zur Höhe einer 1,5-fachen Gebühr nach § 13 RVG für dessen gesamte Tätigkeit.

Bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Rahmen des § 6 Absatz 2 trägt die ARAG abweichend von (1) die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen ausländischen Rechtsanwaltes bis zur Höhe der gesetzlichen Gebühren, die bei der Wahrnehmung der rechtlichen Interessen in Deutschland durch einen Rechtsanwalt nach deutschem Gebührenrecht und unter Ansatz der hier üblichen Gegenstands- und Streitwerte angefallen wären;

- c) die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden, sowie die Kosten des Gerichtsvollziehers;
- d) die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens bis zur Höhe der Gebühren, die im Falle der Anrufung eines zuständigen staatlichen Gerichtes erster Instanz entstehen; die Kosten für Mediationsverfahren richten sich hingegen ausschließlich nach § 5 a).
- e) die Kosten in Verfahren vor Verwaltungsbehörden einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die von der Verwaltungsbehörde herangezogen werden, sowie die Kosten der Vollstreckung im Verwaltungswege;
- f) die übliche Vergütung
- aa) eines öffentlich bestellten technischen Sachverständigen oder einer rechtsfähigen technischen Sachverständigenorganisation in Fällen der
- Verteidigung in verkehrsrechtlichen Straf- und Ordnungswidrigkeitenverfahren,
 - Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus Kauf- und Reparaturverträgen von Motorfahrzeugen zu Lande sowie Anhängern;
- bb) eines im Ausland ansässigen Sachverständigen in Fällen der Geltendmachung von Ersatzansprüchen wegen der im Ausland eingetretenen Beschädigung eines Motorfahrzeuges zu Lande sowie Anhängers;
- g) die Kosten der Reisen des Versicherungsnehmers zum Gericht, wenn sein Erscheinen als Beschuldigter oder Partei vorgeschrieben und zur Vermeidung von Rechtsnachteilen erforderlich ist. Die Reisekosten zu einem inländischen Gericht werden jedoch nur übernommen, wenn über die Voraussetzungen in Satz 1 hinaus der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom Gerichtsort entfernt wohnt. Die Kosten werden bis zur Höhe der für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten geltenden Sätze übernommen;
- h) die dem Gegner durch die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen entstandenen Kosten, soweit der Versicherungsnehmer zu deren Erstattung aufgrund eines Kostenfestsetzungsbeschlusses verpflichtet ist.

- (2) a) Der Versicherungsnehmer kann die Übernahme der von der ARAG zu tragenden Kosten verlangen, sobald er nachweist, dass er zu deren Zahlung verpflichtet ist oder diese Verpflichtung bereits erfüllt hat.
- b) Vom Versicherungsnehmer in fremder Währung aufgewandte Kosten werden diesem in Euro zum Wechselkurs des Tages erstattet, an dem diese Kosten vom Versicherungsnehmer gezahlt wurden.

- (3) Die ARAG trägt nicht
- a) Kosten, die der Versicherungsnehmer ohne Rechtspflicht übernommen hat;
 - b) Kosten,
 - aa) die bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich nicht dem Verhältnis des vom Versicherungsnehmer angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis entsprechen, es sei denn, dass eine hiervon abweichende Kostenverteilung gesetzlich vorgeschrieben ist;
 - bb) soweit sie bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich auf der Einbeziehung nicht streitiger Gegenstände beruhen;
 - c) die im Versicherungsschein vereinbarte Selbstbeteiligung je Rechtsschutzfall;
 - d) Kosten, die aufgrund der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen;
 - e) Kosten aufgrund von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden;
 - f) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art nach Rechtskraft einer Geldstrafe oder -buße unter 250 Euro;
 - g) Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn der Rechtsschutzversicherungsvertrag nicht bestünde;
 - h) Kosten, die im Rahmen von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen in Bezug auf gewerblich genutzte Grundstücke, Gebäude oder Gebäudeteile für eine erforderliche umweltbedingte Beseitigung und Entsorgung von Schadstoffen und Abfällen entstehen;
 - i) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, trägt die ARAG nur den Teil der angefallenen Kosten, der dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert (Quote) entspricht. In den Fällen des § 2 h) bis j) sowie n) 1) bis 3) richtet sich der von der ARAG zu tragende Kostenanteil nach Gewichtung und Bedeutung der einzelnen Vorwürfe im Gesamtzusammenhang.
 - j) die Umsatzsteuer, soweit der Versicherungsnehmer zum Vorsteuerabzug berechtigt ist.
- (4) Die ARAG zahlt in jedem Rechtsschutzfall höchstens die vereinbarte Versicherungssumme. Zahlungen für den Versicherungsnehmer und mitversicherte Personen aufgrund desselben Rechtsschutzfalles werden hierbei zusammengerechnet. Dies gilt auch für Zahlun-

gen aufgrund mehrerer Rechtsschutzfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.

- (5) Die ARAG sorgt
- a) für die Übersetzung der für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers im Ausland notwendigen schriftlichen Unterlagen und trägt die dabei anfallenden Kosten;
 - b) für die Zahlung eines zinslosen Darlehns bis zu der vereinbarten Höhe für eine Kautions, die gestellt werden muss, um den Versicherungsnehmer einstweilen von Strafverfolgungsmaßnahmen zu verschonen;
 - c) für die Auswahl und Beauftragung eines Dolmetschers, wenn der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder im Ausland verhaftet oder mit Haft bedroht werden, und trägt auch die hierfür anfallenden Kosten; ferner benachrichtigt sie in diesen Fällen von den Versicherten benannte Personen und bei Bedarf diplomatische Vertretungen;
 - d) auf Wunsch des Versicherungsnehmers für die Aufbewahrung von Kopien wichtiger privater Unterlagen und privater Dokumente, um im Notfall schnell Ersatz beschaffen zu können. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Kopien rechtzeitig, d.h. mindestens vierzehn Tage vor der Reise, an die ARAG sendet.
Verliert der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder auf einer Reise im Ausland ein für die Reise benötigtes privates Dokument, benennt die ARAG bei Bedarf diplomatische Vertretungen und übernimmt die dort anfallenden Gebühren für die Erstellung von Ersatzdokumenten.
Reise ist jede mehrtägige Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz bis zu einer Höchstdauer von einem Jahr.
- (6) Alle Bestimmungen, die den Rechtsanwalt betreffen, gelten entsprechend
- a) in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit und im Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht (§ 2 k Absatz 1 und 2) für Notare;
 - b) im Steuer-Rechtsschutz gemäß § 2 e) für Angehörige der steuerberatenden Berufe;
 - c) bei Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Ausland für dort ansässige rechts- und sachkundige Bevollmächtigte.

Interlloyd Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer, Alltagshelfer Plus 2016 – Leistungsübersicht

Zeichenerklärung

● mitversichert

○ versicherbar

– nicht versichert

Versicherte Ereignisse

	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus	Nr.
Leistungen nach einen Unfall	●	●	●	Ziff. 1.1
– Leistungsdauer ab Datum des Unfallereignis bis	9 Monate	9 Monate	9 Monate	Ziff. 2.2
Hilfeleistung bei ambulanten Operationen oder vollstationären Krankenhausbehandlung	–	●	●	Ziff. 1.2
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis	–	1 Monat	1 Monat	Ziff. 2.2
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	–	1 Monat	1 Monat	Ziff. 2.2
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis zu	–	10 Tage	10 Tage	Ziff. 2.2
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis zu ... nach der Entlassung	–	10 Tage	10 Tage	Ziff. 2.2
Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 Kalendertagen	–	–	●	Ziff. 1.3
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der Arbeitsunfähigkeit, bis zu ... pro Fall, maximal dreimal je Versicherungsjahr	–	–	20 Tage	Ziff. 2.2
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistung ab Datum der Krankheit, bis zu einmal je Versicherungsjahr	–	–	10 Tage	Ziff. 2.2
Geburt eines Kindes von einer im Haushalt lebenden Personen Leistungen: Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	Ziff. 1.4.1
Leistungszeitraum ab Datum der Entbindung bis	–	14 Tage	14 Tage	Ziff. 2.2
Todesfall in der Familie Leistungen: Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	Ziff. 1.4.2
Leistungszeitraum ab Todesfalldatum	–	14 Tage	14 Tage	Ziff. 2.2
Leistung bei gewerkschaftlich organisierten Streik bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Kindertagesstätten, Pflegeheim oder Krankenhäuser Aufwandsentschädigung mit Nachweis (z.B. Taxirechnung)	–	–	50 Euro/Tag maximal 5 Tage je Versicherungsjahr	Ziff. 1.4.3

Rechtsschutz-Leistungen der ARAG SE

	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus	Nr.
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	Police
ARAG JuraTel	●	●	●	Police
Opfer-Rechtsschutz	●	●	●	Police
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	●	●	●	Police
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	●	●	●	Police
Sozial-Rechtsschutz	●	●	●	Police

Versicherte Hilfs- und Pflegeleistungen (Organisation und Kostenerstattung)

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Versorgungleistungen für verletzte oder erkrankten Person					
Täglicher Menüservice	•	•	•	•	Ziff. 3.1
Einkaufsdienst (1 mal wöchentlich)	•	•	•	•	Ziff. 3.2
Versorgung der Wäsche (1 mal wöchentlich)	•	•	•	•	Ziff. 3.3
Reinigung der Wohnung (1 mal wöchentlich)	•	•	•	•	Ziff. 3.4
Installation einer Hausnotrufanlage	•	•	•	–	Ziff. 3.5
Begleitung zu Arzt- und Behördengängen (bis 7 mal pro Woche)	•	•	•	–	Ziff. 3.6
Fahrdienste zur Krankengymnastik und zu Therapien (bis 7 mal pro Woche)	•	•	•	–	Ziff. 3.7
Sonstige notwendige Hilfeleistungen bis 1.000 Euro	•	–	–	–	Ziff. 3.8
Tägliche persönliche Grundpflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern, Betten, Nahrungsmittelzubereitung, -aufnahme, Notdurft)	•	•	•	–	Ziff. 3.9.1
Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades (Verhinderungspflege)	•	•	•	–	Ziff. 3.10
Pflegeberatung (Info gesetzliche Pflegeversicherung, Beratung, Auswahl, Anschaffung, Hilfsmittel)	•	•	•	–	Ziff. 3.9.2
Pflegeschulung für Angehörigen (einmalig)	•	•	•	–	Ziff. 3.9.3

Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 Euro

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Interlloyd Soforthilfe weltweit bis 1.000 Euro	•	–	–	–	Ziff. 4.2
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	•	•	•	•	Ziff. 4.3
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	•	•	•	–	Ziff. 4.4
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	•	•	•	–	Ziff. 4.5
Kosten für Krankenbesuch versicherter Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)	•	•	•	–	Ziff. 4.6
Rooming-In Kosten bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	•	•	•	–	Ziff. 4.7
Haustierunterbringung/Haustierbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	•	•	•	•	Ziff. 4.8
Winter-/Streudienste, sofern zur Verkehrssicherungspflicht notwendig (bis 100 Euro pro Woche)	•	•	•	–	Ziff. 4.9
Gartenpflege (bis 100 Euro pro Woche)	•	•	•	–	Ziff. 4.10
Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten (bis 500 Euro)	•	•	•	–	Ziff. 4.11
Briefkastenleerung (1 mal wöchentlich, bis 100 Euro)	•	•	•	–	Ziff. 4.12
Psychologische, telefonische Hilfe	•	•	•	•	Ziff. 4.13
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	•	•	•	–	Ziff. 4.14
Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende bis zu 50 % der Gesamtreisekosten, max. 1.000 Euro	•	–	–	–	Ziff. 4.15
Transportkosten zum Krankenhaus, Spezialklinik und Dekompressionskammer	•	–	–	–	Ziff. 4.16
Krankenrücktransport (inkl. Übernachtungskosten)	•	–	–	–	Ziff. 4.17
Mehraufwand für die Rückkehr der verletzten Person nach vollstationärer Heilbehandlung zum Wohnsitz	•	–	–	–	Ziff. 4.18
Mehraufwand für die Rückkehr mitreisender Personen	•	–	–	–	Ziff. 4.19
Mehraufwand für außerplanmäßige Rückreise von Gepäck und Haustieren	•	–	–	–	Ziff. 4.20
Such-, Rettungs- und Bergungskosten	•	–	–	–	Ziff. 4.21
Überführungs- (In- und Ausland) und Bestattungskosten (Ausland)	•	–	–	–	Ziff. 4.22

Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 Euro

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Kosten für Arzneimittel- und Brillenversand	●	–	–	–	Ziff. 4.23/24
Ersatz der Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland bis 25 Euro	●	–	–	–	Ziff. 4.25

Reha-Management

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Leistungsdauer bis zu 3 Jahre; maximal bis insgesamt 30.000 Euro. Voraussetzung ist eine voraussichtliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25%	●	●	●	–	Ziff. 5.1 Ziff. 5.3 Ziff. 5.4
Persönliche Reha-Betreuung, -Begleitung, -Beratung, -Unterstützung im medizinischen, beruflichen und privaten Bereich	●	●	●	–	Ziff. 5.2
Kontinuierliche Überwachung des gesamten Heilungsprozesses, Koordination der Versorgungsmaßnahmen, Bedürftigkeitsprüfung für gegebenenfalls mitversicherte Hilfs- und Pflegeleistungen	●	●	●	–	Ziff. 5.2
Informationsdienstleistungen (Behindertensport, Selbsthilfegruppen, behindertengerechtes Bauen/Umbauen, Verbände und Institutionen, soziale Einrichtungen, Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim etc.)	●	●	●	–	Ziff. 5.2

Serviceleistung (Benennung von Dienstleistern)

Notwendige versicherte Ereignisse	Keine	Ziff. 6
Benennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme) zum Thema:	●	Ziff. 6.1
– Rechtsberatung	Fachanwalts aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk	Ziff. 6.1
– Versorgungleistungen für verletzte oder erkrankten Person	Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste	Ziff. 6.1
– Versorgung des Haushalts	Einkaufs-, Wäsche- und Wohnungsreinigungsdienste	Ziff. 6.1
– Hausmeisterdienste	Hausmeisterdienstleistungen	Ziff. 6.1
– Beratung über Pflege	●	Ziff. 6.1
– Betreuung von im Haushalt lebenden Personen über 18 und Kindern	●	Ziff. 6.1
– Beratung über technische Hilfsmittel	●	Ziff. 6.1
– Hilfe auf Reisen	●	Ziff. 6.1
– technische Hilfsmittel im Haushalt	●	Ziff. 6.1
Informationen über die Möglichkeit einer ärztlichen Versorgung (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.2
Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.3
Kontaktherstellung Hausarzt zum behandelnden Arzt (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.4
Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.5
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	●	Ziff. 6.6

Interlloyd Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016)

Unfall-Schutzbrief/Alltagshelfer/Alltagshelfer Plus

Sie haben mit uns einen Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus abgeschlossen (siehe Versicherungsschein). Für diese Versicherungen gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen.

Wann leisten wir?

Wir bieten Hilfeleistung, sofern vereinbart, bei

- Unfällen (Ziffer 1.1),
- ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten (Ziffer 1.2),
- ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Tagen (Ziffer 1.3) und
- besonderen Ereignissen (Ziffer 1.4).

1 Was ist versichert?

1.1 Hilfeleistungen bei Unfällen

Wir bieten die vereinbarten Hilfeleistungen bei Unfällen der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr

Die vereinbarten Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland (siehe Ziffer 2.3).

1.1.1 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

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

1.1.2 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen

- durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren,
- durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,
- durch tauchtypische Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt,
- durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube oder Säuren, auch wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt und durch unabwendbare Umstände mehr als zwei Stunden ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten),
- durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),
- durch Sonnenbrand oder Sonnenstich,
- durch Hitzschlag.

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt,

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

Eigenbewegungen sind willentliche oder reflexgesteuerte Bewegungen der Skelettmuskulatur.

1.1.3 Einschränkung unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelung zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 7.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, werden die Leistungen des Unfall-Schutzbrieves nicht eingeschränkt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

1.2 Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten

Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer“ oder den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, leisten wir darüber hinaus auch bei

- ambulanten Operationen
- Geburten im Krankenhaus und
- vollstationären Krankenhausaufenthalten

Ein Anspruch auf Leistung besteht für die versicherte Person bei jeder innerhalb Deutschlands durchgeführten ambulanten Operation, Geburt und jedem vollstationären Krankenhausaufenthalt. Bei mehreren Operationen oder Krankenhausaufenthalten aufgrund der gleichen Erstdiagnosen begrenzt sich die Leistungsdauer auf die unter Ziffer 2.2 genannte Höchstdauer.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

Erfolgt die ambulante Operation oder der vollstationäre Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls (Ziffer 1.1), gelten für die von uns zu erbringenden Leistungen die Vereinbarungen für ein Unfallereignis.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei besonderen Ereignissen erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

1.3 Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen

Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, leisten wir bei einer Erkrankung, sofern eine in Deutschland ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens acht Kalendertagen besteht. Geht die versicherte Person keiner beruflichen Tätigkeit nach, leisten wir auch, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit bei Ausübung einer gewöhnlichen Verrichtung nach ärztlicher Feststellung vergleichbar eingeschränkt ist.

Wird aufgrund der gleichen Diagnose die notwendige Voraussetzung von mindestens acht Kalendertagen erst mit einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit (Folgebescheinigung) erfüllt, entsteht unsere Lei-

tungspflicht erst ab dem Ausstellungsdatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die die geforderte Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt.

Ist die Arbeitsunfähigkeit

- durch ein Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1 verursacht oder
- Folge einer ambulanten Operation oder eines vollstationären Krankenhausaufenthalts gemäß Ziffer 1.2

gelten für die Leistungen und insbesondere für die Leistungsdauern die Vereinbarungen für ein Unfallereignis bzw. für eine ambulante Operation oder einen vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

1.4 Leistung bei besonderen Ereignissen

Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer“ oder den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, unterstützen wir Sie auch bei bestimmten besonderen Ereignissen.

1.4.1 Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner

Bei Geburt eines Kindes

- von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder
- von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner

erbringen wir für Sie und Ihren Lebenspartner folgende Leistungen:

- täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
- Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
- Wäscheservice (Ziffer 3.3)
- Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)
- Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffer 4.3 und 4.8)
- psychologische telefonische Hilfe (Ziffer 4.13)

Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.

Bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person im Krankenhaus richtet sich der Leistungsumfang nach Ziffer 1.2.

1.4.2 Todesfall einer in Ihrem Haushalt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades und Geschwister.

Im Todesfall einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person oder, außerhalb der gemeinsamen Wohnung, eines Familienangehörigen ersten Grades oder Geschwister, erbringen wir folgende Leistungen:

- täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
- Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
- Wäscheservice (Ziffer 3.3)
- Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)
- Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffer 4.3 und 4.8)
- psychologische telefonische Hilfe (Ziffer 4.13)

Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.

1.4.3 Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, zahlen wir im Falle eines innerhalb Deutschlands gewerkschaftlich organisierten Streiks von mindestens einem Tag entweder bei

- den öffentlichen Verkehrsmitteln (Luftfahrt, Bahn, Bus)
- den öffentlichen Kindertagesstätten
- den Krankenhäusern oder
- den Ärzten

eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag, sofern für Sie durch den Streik nachweislich Mehrkosten entstehen. Für alle oben genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei besonderen Ereignissen erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?

2 Unsere Leistungen

Wir ermitteln in einem telefonischen oder persönlichen Erstgespräch den durch das leistungsauslösende Ereignis (Ziffer 1.1 bis 1.4.2) entstandenen individuellen Bedarf an Leistungen aus der Art und dem Umfang Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Dieser Bedarf wird durch die in Ziffer 3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

Die gilt nicht für die Aufwandsentschädigung aufgrund eines gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands gemäß Ziffer 1.4.3. In diesem Fall genügt der Nachweis über die entstandenen Mehrkosten.

2.1 Voraussetzung für die Leistungen

2.1.1 Telefonische Meldung

Die versicherte Person, oder ein Dritter im Auftrag der versicherten Person, meldet uns den Versicherungsfall über das Notruftelefon der Interlloyd Telefonnummer: **+49 211 963-14685**.

Das Notruftelefon ist 24 Stunden an allen Tagen des Jahres erreichbar.

2.1.2 Anspruchsgrund

Die versicherte Person hat ein unter Ziffer 1.1 bis 1.4.2 definiertes leistungsauslösendes Ereignis erlitten und ist infolge dessen hilfsbedürftig.

2.1.3 Definition „Hilfsbedürftigkeit“

Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und daher für die gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

2.1.4 Weitere Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen finden sich bei den jeweiligen Leistungsbeschreibungen.

2.2 Dauer der Leistungen

Sofern in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- bei einem Unfallereignis (Ziffer 1.1) für die Dauer von maximal neun Monaten, ab dem Datum des Unfallereignisses,
- bei einer ambulanten Operation (Ziffer 1.2) ab dem Tag der ambulanten Operation bis zu einem Monat nach dem Tag des ambulanten Eingriffs. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ambulanten Operation das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der ambulanten Operation und bis zu zehn Tage nach dem Tag des ambulanten Eingriffs,
- bei einer Geburt im Krankenhaus (Ziffer 1.2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (Ziffer 1.2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus

	dem Krankenhaus. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Einweisung das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der Einweisung und bis zu zehn Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,				vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.
	– bei Arbeitsunfähigkeit (Ziffer 1.3) von mindestens acht Kalendertagen, ab dem Datum der ärztlichen Feststellung, bis zu 20 Tagen je Diagnose. Hat die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir bis zu zehn Tagen. Die Leistung erbringen wir bei unterschiedlichen Diagnosen bis zu dreimal, ab dem vollendeten 67. Lebensjahr einmal je Versicherungsjahr.		3.5	Installation einer Hausnotrufanlage	Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.
	Wird aufgrund der gleichen Diagnose die notwendige Voraussetzung von mindestens acht Kalendertagen erst mit einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit (Folgebescheinigung) erfüllt, entsteht unsere Leistungspflicht erst ab dem Ausstellungsdatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die die geforderte Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt,		3.6	Begleitung zu Arzt- und Behördengängen	Die versicherte Person wird zum Arzt und/oder zu Behörden begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die Begleitung beinhaltet, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen von uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person zum Beispiel beim Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc. Eine fachliche und inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.
	– bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner (Ziffer 1.4.1) oder im Todesfall einer mit Ihnen in Ihrem Haushalt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades oder Geschwister (Ziffer 1.4.2) ab dem Geburts- bzw. Todesfall für maximal 14 Kalendertage.		3.7	Fahrdienst zur Krankengymnastik und zu Therapien	Für die versicherte Person wird bis zu siebenmal pro Woche ein Fahrdienst zur notwendigen Krankengymnastik und/oder zu Therapien organisiert bzw. vermittelt. Die Kosten für die Fahrdienste werden von uns übernommen.
	Die Hilfeleistung erbringen wir, solange die Voraussetzungen einer Hilfsbedürftigkeit nach Ziffer 2.1.3 erfüllt sind.		3.8	Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis	Wir erbringen nach einem Unfall (Ziffer 1.1) weitere von uns organisierte Hilfsleistungen, sofern diese notwendig, sinnvoll und vertretbar sind und nachweislich dem Genesungsprozess der versicherten Person dienen. Kosten für Heilbehandlungen werden nicht erstattet. Die Leistungen sind insgesamt auf maximal 1.000 Euro je Unfallereignis begrenzt.
	Sollte sich nach Aufnahme der Leistung herausstellen, dass die Voraussetzung einer Hilfsbedürftigkeit nicht oder nicht mehr besteht, werden diese Leistungen eingestellt. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.		3.9	Interlloyd Pflegeleistungen	
2.3	Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen? Für die Leistungserfüllung beauftragen wir qualifizierte externe Dienstleister. Sofern nachfolgend in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die Leistungen ausschließlich in Deutschland.		3.9.1	Persönliche Grundpflege	Die versicherte Person erhält maximal täglich und bis zu drei Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.
3	Welche Leistungen sind versichert?		3.9.2	Pflegeberatung	Die versicherte Person wird zur gesetzlichen Pflegeversicherung informiert und bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln beraten. Die Kosten für die notwendigen Hilfsmittel übernehmen wir nicht.
3.1	Täglicher Menüservice Die versicherte Person wird täglich mit einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters versorgt. Wir erbringen die Leistungen auch für die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen.		3.9.3	Pflegeschulung für Angehörige	Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die tägliche Pflege geschult. Es handelt sich dabei um eine einmalige Schulungsmaßnahme.
3.2	Einkaufsdienst Einmal pro Woche werden für die versicherte Person Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen getätigt. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren werden nicht übernommen.		3.10	Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades	
3.3	Versorgung der Wäsche Einmal pro Woche wird die notwendige Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt (trocknen, bügeln etc.). Anfallende Kosten hierfür werden übernommen.		3.10.1	Voraussetzungen der Leistung	Wir erbringen die Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3.9 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und hierzu
3.4	Reinigung der Wohnung Einmal pro Woche wird der Wohnraum (zum Beispiel Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume				

nicht mehr in der Lage ist. Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person,
- für sie wurde ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

3.10.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3.10 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Hat die zu pflegende Person Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer gemäß Ziffer 2.2.

Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinn der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung. Ferner enden unsere Leistungen mit dem Tod der versicherten Person.

3.11 Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag gemäß Ziffer 1.4.3

Bei gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, den öffentlichen Kindertagesstätten, den Krankenhäusern oder den Ärzten (siehe Ziffer 1.4.3) leisten wir eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag.

Für alle genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.

4 Weitere versicherte Kosten

4.1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten

Die nachfolgenden Leistungen sind insgesamt auf 30.000 Euro je versichertes Ereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet auch die Leistung gemäß Ziffer 4.2 (Interlloyd Soforthilfe weltweit).

4.2 Interlloyd Soforthilfe weltweit nach einem Unfall

Kommt die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) infolge einer Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

Die Entschädigung ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt beschränkt.

4.3 Kinderbetreuung

Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, das ist zum Beispiel:

- Wegbegleitung

- Hausaufgabenbetreuung
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Betreuung in der Freizeit
- zu Bett bringen

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.

Voraussetzung ist, dass eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.

Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

4.4 Fahrdienste für Kinder

Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, zum Beispiel zur Schule oder zu Arztterminen.

Die Kosten für den Fahrdienst tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

4.5 Nachhilfestunden

Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.

Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag erstattet, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

4.6 Kosten für Krankenbesuche versicherter Kinder

Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahestehenden Person und erstatten die Fahrt- und Übernachtungskosten.

Die Fahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

4.7 Rooming-in-Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)

Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-in-Kosten für eine dem versicherten Kind nahestehende Person, sofern das versicherte Kind

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- sich in vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die Übernachtungskosten tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

4.8 Haustierunterbringung/Haustierbetreuung

Für die Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung vermittelt bzw. organisiert.

Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (außer Hunde, die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als

	Kampfhunde eingestuft sind), Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten. Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen), keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht. Die Kosten für eine Hundebetreuung oder das Ausführen des Hundes sind ebenfalls mitversichert. Die Kosten für die Haustierunterbringung bzw. Haustierbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.	
4.9	Winter-/Streudienst Wir übernehmen, sofern dies zur Erfüllung der Verkehrssicherungspflicht der versicherten Person notwendig ist, die Kosten für den Winter- und Streudienst am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Die Kosten werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Zusätzlich anfallende Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen. Zur Klarstellung: Wir übernehmen ausschließlich nur die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns. Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind somit ausgeschlossen.	4.14 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs Wir erstatten die nachgewiesenen Beratungskosten für – den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung, – einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und – die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkws, sofern dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.
		4.15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall Sofern eine Reise durch einen notwendigen Krankentransport der versicherten Person nach einem Unfall gemäß Ziffer 1.1 abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn und sofern ein Nachteil für die versicherte Person und/oder die Mitreisenden entstanden ist. Die Entschädigung ist auf maximal 50 Prozent der Gesamtreisekosten, höchstens jedoch bis zu 1.000 Euro insgesamt (für alle Personen) begrenzt.
		4.16 Transportkosten nach einem Unfall Erstattet werden nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.
		4.17 Krankentransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz nach einem Unfall Wir organisieren und erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1.) die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbilds aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.
4.10	Gartenpflege Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am Wohnsitz der versicherten Person pflegen, sofern dies notwendig ist. Die Kosten für die Gartenpflege werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Weitere Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.	
4.11	Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten Wir übernehmen, sofern dies notwendig ist, die Kosten für kleine hausmeisterliche Tätigkeiten im Wohnraum des amtlichen Wohnsitzes der versicherten Person. Die Kosten werden bis zu einem Gesamtbetrag von 500 Euro übernommen. Zur Klarstellung: Wir übernehmen ausschließlich nur die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.	4.18 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz nach einem Unfall Wir erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkostenerster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
4.12	Briefkastenleerung Wir organisieren bzw. vermitteln und entschädigen Dienstleister, die den Briefkasten am Wohnsitz der versicherten Person einmal pro Woche leeren, sofern dies notwendig ist.	
4.13	Psychologische telefonische Hilfe Wir vermitteln auf Anfrage eine angemessene psychologische telefonische Hilfe. Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und/oder die ihr nahestehenden Personen bei der Verarbeitung eines belastenden Ereignisses unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten. Die Leistung ist bis zu vier Personen begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.	4.19 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen nach einem Unfall Wir organisieren nach einem Unfall (Ziffer 1.1) der versicherten Person die Rückkehr der mitreisenden Kinder und des Ehegatten/Lebenspartners der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Reise.

	Die Rückfahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.	
4.20	Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren nach einem Unfall Wir organisieren nach einem Unfall (Ziffer 1.1) den außerplanmäßigen Transport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für den Transport.	
4.21	Bergungskosten nach einem Unfall Erstattet werden nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.	
4.22	Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland nach einem Unfall Wir erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.	
4.23	Arzneimittelversand nach einem Unfall Ist die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir, nach Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person, für die Zusendung der Arzneimittel und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.	
4.24	Brillenversand nach einem Unfall Ist die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit/Sehkraft auf eine medizinisch notwendige Brille angewiesen, sorgen wir für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.	
4.25	Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland nach einem Unfall Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Unfallereignis (Ziffer 1.1) pauschal 25 Euro.	
5	Interlloyd Reha-Manager	
5.1	Voraussetzung für die Leistung Voraussetzung für die Leistung ist eine nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu erwartende dauerhafte Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent.	5.2 Art der Leistung Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person – nach einem Unfall (Ziffer 1.1) – nach einer ambulanten Operation oder bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt (Ziffer 1.2) auf Basis der individuellen Bedürfnisse, bei ihrer Rehabilitation und bei notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und sozialen Bereich. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von uns nicht übernommen. 5.2.1 Informationsdienstleistungen Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise – qualifizierten Rehabilitationsberatern, – Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe, – Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Um-bauen von Wohnungen, Häusern oder Kraftfahrzeugen, – Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdiensten, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen. 5.2.2 Organisationsdienstleistungen Der Reha-Manager – sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu, – organisiert Unterstützung bei der Besorgung verschriebener Medikamente sowie bei Behördengängen, – führt eine Bedürftigkeitsprüfung zur Inanspruchnahme möglicher mitversicherter Interlloyd Hilfs- und Pflegeleistungen durch. 5.2.3 Medizinische Rehabilitation Der Reha-Manager unterstützt bei der Feststellung des individuellen Bedarfs und Organisation medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Organisation von stationären Aufenthalten, Krankentransporten, Pflegekräften, Einholung von ärztlichen Zweitmeinungen). 5.2.4 Berufliche Rehabilitation Der Reha-Manager unterstützt bei – der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann, – der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, (bereits involvierten) Familienmitgliedern, Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und – Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Personal-/Berufsberatern und Bildungsträgern sowie Schulen. 5.2.5 Soziale Rehabilitation Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte zu beispielsweise – Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen, – Therapieberatern und -zentren, – Psychologen sowie zu psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten. Darüber hinaus unterstützt der Reha-Manager durch die Organisation von Informationen und Kontakten bei

- der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen.
- 5.2.6 Weitere Leistungen bei Kindern
Der Reha-Manager unterstützt durch Informationen, Kontakte und Vermittlung von
- spezialisierten Kindergärten/Schulen
 - Nachhilfebetreuungen/Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern
 - Elternbegleitungen und
 - Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- bei versicherten Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.3 Dauer der Leistung/Leistungsort
Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom versicherten Ereignis an gerechnet, erbracht.
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- 5.4 Entschädigungsgrenze
Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf **30.000 Euro je Versicherungsfall** begrenzt.
Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

6 Weitere Serviceleistungen

- Die nachfolgenden Serviceleistungen können Sie in Anspruch nehmen, auch wenn kein versichertes Ereignis gemäß Ziffer 1.1 bis 1.4 vorliegt. Die Serviceleistung beschränkt sich auf die Benennung von Dienstleistern. Die Beauftragung des Dienstleisters bzw. die Kostenübernahme für die Dienstleistung erfolgt durch Sie bzw. haben Sie zu tragen, sofern nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- 6.1 Benennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)
Wir benennen oder vermitteln auf Anfrage:
- Fachanwälte aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk
 - Versorgungleistungen für die verletzte oder erkrankte Person, zum Beispiel Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste
 - Versorgung des Haushalts, zum Beispiel Einkaufs-, Wäsche- und Reinigungsdienste für die Wohnung
 - Hausmeisterdienste
 - Beratung über Pflege
 - Betreuungsdienste von im Haushalt lebenden Personen
 - Berater über technische Hilfsmittel
 - Hilfe auf Reisen
 - technische Hilfsmittel im Haushalt
- 6.2 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung
Wir informieren die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung im In- und Ausland.
- 6.3 Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes
Soweit möglich, benennen wir einen Deutsch, Englisch oder Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland).
Die Beauftragung des Arztes müssen Sie selbst vornehmen.

- 6.4 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt
Wir stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her (In- und Ausland).
- 6.5 Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)
Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige Personen der versicherten Person im In- und Ausland.

- 6.6 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs
Wir vermitteln auf Anfrage eine Beratung für
- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
 - einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
 - die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkws, sofern dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 7.1 Allgemeine Ausschlüsse
- 7.1.1 Kriego- und Bürgerkriegsereignisse
Die Versicherung leistet nicht bei Ereignissen, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg oder Bürgerkrieg verursacht wurden.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriego- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
 - für Unfälle durch atomare, biologische und chemische Waffen.
- 7.1.2 Kernenergie
Die Versicherung leistet nicht bei Ereignissen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht wurden.
- 7.2 Besondere Ausschlüsse bei einem Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 7.2.1 Geistes- und Bewusstseinsstörungen
Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den Schlaganfall, Herzinfarkt epileptischen Anfall oder durch andere Krampfanfälle hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.
Auch besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch Trunken-

	heit, beim Lenken von Kraftfahrzeugen allerdings nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille liegt. Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente, sofern die Medikamente der ärztlich empfohlenen Dosierung entsprechend eingenommen wurden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Drogeneinfluss. Der Zustand der Übermüdung, Schlaftrunkenheit und das Einschlafen infolge einer Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörungen.	
7.2.2	Vorsätzliche Straftaten Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle von – Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und – Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen; durch – Lenken oder Fahren von Land- oder Wasserfahrzeugen ohne den Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) und – Herstellung und Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper. Voraussetzung ist, dass – bei Fahren ohne gültige Fahrerlaubnis keine weiteren vorsätzlichen oder fahrlässigen Straftaten begangen wurden und – bei der Herstellung und dem Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung begangen oder geplant wurden.	
7.2.3	Führen eines Luftfahrzeugs Unfälle der versicherten Person – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs; – bei einer mithilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit; – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.	
7.2.4	Fahrveranstaltungen Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.	
7.3	Ausgeschlossen sind bei Unfällen gemäß Ziffer 1.1 ferner folgende Beeinträchtigungen:	
7.3.1	Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1 die überwiegende Ursache ist.	
7.3.2	Gesundheitsschäden durch Strahlen Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten.	
7.3.3	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn – die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren; – die Gesundheitsschädigungen durch Pediküre oder Maniküre hervorgerufen wurden.	
7.3.4	Gesundheitsschäden durch Infektionen	
7.3.4.1	Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person – mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder – anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen; – durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (7.3.3), infiziert hat; – mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest. Versicherungsschutz besteht auch bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen und -bisse.	
7.3.4.2	Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten: Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose (Herpes Zoster), Keuchhusten (Pertussis), spinale Kinderlähmung (Polio), Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.	
7.3.4.3	Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen und empfohlenen Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich bei um einem Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist.	
7.3.4.4	Abweichend von 1.1.1 gilt aus Unfallereignis – bei Infektionen (7.3.4.1 und 7.3.4.2) mit der Feststellung einer eingetretenen Invalidität durch einen Arzt. – bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung.	
7.3.5	Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.	

- Versicherungsschutz besteht auch für Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 7.3.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnanorganische Schädigung oder hirnanorganische Reaktion zurückzuführen sind.
- 7.3.7 Gesundheitsschäden durch Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- Bis zum 75. Lebensjahr der versicherten Person besteht auch Versicherungsschutz, wenn sie durch erhöhte Kraftanstrengung entstanden sind.
- Bis zum 67. Lebensjahr der versicherten Person besteht auch Versicherungsschutz, wenn sie durch Eigenbewegung entstanden sind.

Der Versicherungsfall

8 Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person nach dem Versicherungsfall zu beachten?

- Ohne die Mitwirkung der versicherten Person können wir unsere Leistungen nicht erbringen.
- 8.1 Unverzügliches Hinzuziehen eines Arztes
Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 8.2 Unverzügliche Abgabe einer wahrheitsgemäßen Unfallanzeige und von Informationen zum Gesundheitszustand
Die von uns übersandte Unfallanzeige muss die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
Darüber hinaus hat die versicherte Person uns zu Beginn der Leistungserbringung umfassend über den aktuellen Gesundheitszustand zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.
- 8.3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit
Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.
- 8.4 Anzeigepflicht
Die Anerkennung eines Pflegegrades sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.
- 8.5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstausfalls)
Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.

- 8.6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft
Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, sind auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Wird durch die versicherte Person nachgewiesen, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
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 jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen bzw. uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 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.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des

Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechts-nachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3 Die Versicherungsansprüche 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 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsversicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

- 14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

- 15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 15.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Subsidiarität

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, können Sie den Erstattungsanspruch gegenüber uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht und ist die fehlende Eintrittspflicht nicht schuldhaft auf das Verhalten der versicherten Person zurückzuführen, können Sie sich unmittelbar an die uns halten.

Unsere Garantie

19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Unfall-Schutzbrieft Bedingungen (USB 2016) ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Beitragsänderung geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Interlloyd Versicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG-Platz 1
40472 Düsseldorf
Telefon: 0211 963 07
Fax: 0211 963 3033
E-Mail-Adresse: service@interlloyd.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@interlloyd.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen 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.interlloyd.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Im Zuge der Tarifgestaltung haben wir anhand von mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren Tarifgruppen gebildet. Hierzu wurden beispielsweise folgende Informationen herangezogen (Arbeitnehmerstatus, Geburtsdatum, PLZ). Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der Interlloyd Versicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten in der Unfallversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ARAG-Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Klärung von möglichen Mehrfach- und Nebenversicherungen. Hierzu nehmen wir Kontakt mit den uns von Ihnen oder Dritten (z.B. Vorversicherer, Lebenspartner, Kundenbetreuer, etc.) mitgeteilten Versicherern auf
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

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 Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.interlloyd.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

Rückversicherer:

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

Beteiligte Gesellschaften:

Für die Übernahme von Versicherungsrisiken kann es erforderlich sein, dass wir eine oder mehrere weitere Versicherungsgesellschaften (Beteiligte Gesellschaften) an Risiken beteiligen müssen. Die beteiligten Gesellschaften nutzen Ihre Vertrags- und Schadendaten dann ebenfalls zur Risikoprüfung und Bewertung, sowie zur Schadenabwicklung.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, 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 Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister. Die Microsoft Ireland Operations Limited stellt uns im Rahmen einer Auftragsverarbeitung insbesondere die Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure zur Verfügung. Hierbei ist eine Datenspeicherung auf Servern in Europa vertraglich vereinbart. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: www.interlloyd.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

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, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Rechte haben Sie?

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.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

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:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 200444
40102 Düsseldorf
Telefon: 0211 38424-0
Fax: 0211 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

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.

Wofür wird das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft genutzt?

Die Versicherungswirtschaft nutzt das HIS der informa HIS GmbH 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. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte der „Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“ die als separate Anlage beigefügt ist. Sollten wir Ihre Daten im Fall von erhöhten Risiken in das HIS einmelden, werden Sie in jedem Fall hierüber von uns benachrichtigt.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme schadenfreier Zeiten in der Gebäudeversicherung 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.

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, nutzen wir Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens. Sie befreien die Interlloyd insoweit vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach § 203 Strafgesetzbuch).

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen ist Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten betroffener Personen, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten 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, EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.interlloyd.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragsstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis Ihrer Angaben im Versicherungsantrag. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden versicherte und nicht versicherte Sachverhalte geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

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

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

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

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

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

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

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

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

Kategorien der personenbezogenen Daten

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:

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

Betroffenenrechte

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

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

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

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

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

Kontakt Daten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

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

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

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE | 4. Vif GmbH |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Interlloyd Versicherungs-AG |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG | |

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	Microsoft Ireland Operations Limited	Insbesondere Bereitstellung der Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure. (Die Datenspeicherung auf Servern in Europa ist vertrag- lich vereinbart.)	ja
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitä- ten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergericht- lich und gerichtlich	ja
1. + 2.	Denkpark GmbH	Bereitstellung einer digitalen Kommunikationsplattform	nein
außer 4.	Rhenus Data Office GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
ARAG SE	Swiss Post Solutions GmbH	Leistungs- und Vertragsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA Customer Service Germany GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versi- cherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	nein
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rien- ecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien/ Postversender	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Anbieter für Telediagnostik und Teletherapie	Einschätzung der Erkrankung des Tieres	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste

