

Interlloyd

VERSICHERUNGS-AG

Protect Plus/Eurosecure Plus/Infinitus
Unfall-
Versicherungsbedingungen

www.Interlloyd.de

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhaltsverzeichnis

Informationsblatt für Unfallversicherung	5
Interlloyd AVBU 2022 – Leistungsübersicht	7
Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus 2022 – Leistungsübersicht.....	13
Allgemeine Vertragsinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	16
Widerrufsbelehrung	19
Wichtige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	21
Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung.....	23
Teil A: Allgemeine Vertragsbedingungen	23
Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Infinitus	31
Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Eurosecure Plus	53
Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Protect Plus	74
Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen.....	90
Teil C: Interlloyd Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2022) Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus	92
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)	106
Besondere Bedingungen für Heilberufe, Tierärzte, Chemikern und Desinfektoren	108
Zusatzbedingungen für Gruppenversicherungsverträge	110
Allgemeine Tarifbestimmungen Unfall	111
Datenschutzhinweise der Interlloyd Versicherungs-AG.....	114
Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO ..	116
Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns	117

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AVBU) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen.

Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente. Bitte lesen Sie die AVBU daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

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

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Ihre Interlloyd Versicherung

Unternehmen: Interlloyd Versicherungs-AG

Produkt: Unfallversicherung, 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 Plus, Eurosecure Plus und Infinitus wählen.

Welche Leistung bieten wir an?

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel Bewegungseinschränkungen.
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen.
- ✓ Übergangsleistung ab 3 Monate oder bei Schwerstverletzungen.
- ✓ Soforthilfe bei Schwerstverletzungen und Frakturen
- ✓ Leistung im Todesfall.
- ✓ Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Leistung bei schweren Erkrankungen
- ✓ Professionelles Rehabilitationsmanagement.
- ✓ weitere Serviceleistungen.

Sofern vereinbart Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer oder Altershelfer Plus):

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

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

Die Höhe der vereinbarten Versicherungssummen 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 Kriegereignisse.
- ! Unfälle durch Drogenkonsum.
- ! Unfälle in Zusammenhang mit einer von Ihnen begangenen Vorsatzstraftat.

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.
- ✓ 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 Ende der vereinbarten Vertragsdauer ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag täglich in Textform kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem uns die Kündigung zugegangen ist. Sie können auch zu einem von Ihnen gewünschten anderen Zeitpunkt (jedoch nicht rückwirkend) kündigen.
- Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende der vereinbarten Dauer bzw. zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres in Textform kündigen.
- Sie oder wir können z.B. auch nach einem regulierten Schadensfall kündigen. Dann endet der Vertrag schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Interlloyd AVBU 2022 – Leistungsübersicht

Hier finden Sie alle Leistungen der Interlloyd Unfallversicherungen auf einen Blick.

Wichtiger Hinweis: Diese Leistungsübersicht stellt die geltenden Bedingungen stark verkürzt und unvollständig dar. Maßgebend ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen.

Zeichenerklärung ● mitversichert ○ versicherbar – nicht versichert

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
Vertragliche Verbesserung			
Vertragskündigung: Einzuhaltende Fristen bei ordentlicher Vertragskündigung – Vertragskündigung durch Sie – Kündigungsfrist im ersten Vertragsjahr zum Vertragsablauf – Kündigungsfrist ab dem zweiten Vertragsjahr mit Wahlrecht zum gewünschten Termin – Vertragskündigung durch uns zum Vertragsablauf		3 Monate täglich 3 Monate	
Kündigung nach einem Leistungsfall – Vertragskündigung nach Leistungspflicht mit Wahlrecht zum gewünschten Termin – Unsere Kündigungsfrist nach der Leistungspflicht		täglich 1 Monat	
Garantien			
Einhaltung Mindeststandard GDV-Musterbedingungen	●	●	●
Einhaltung Mindeststandard des Arbeitskreis Beratungsprozesse	●	●	●
Up-date-Garantie – Beitragsfreie Leistungsverbesserungen sind mitversichert	●	●	●
Besitzstandsgarantie bei Vertragswechsel bis 5 Jahre	–	–	●
Geltungsbereich			
Weltweit 24 Stunden	●	●	●
Erweiterter Unfallbegriff			
Gesundheitsschäden durch Eigenbewegung – Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche (z.B. Oberschenkelhals- oder Armbrüche) – Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule – Verrenkungen des Gelenks – Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken Ausgeschlossen bleiben Schäden an Bandscheiben	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Oberschenkelhals- oder Armfrakturen gelten als Unfallereignis	●	●	●
Vergiftung durch gasförmige Stoffe oder Stäube	●	●	●
Vergiftungen durch – Nahrungsmittel und Pflanzen – Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken	● bis 14 Jahre	● bis 18 Jahre	● bis 18 Jahre
Tauchtypische Gesundheitsschäden	●	●	●
Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	–	●	●
Gesundheitsschäden durch Witterungs- und Umwelteinflüsse – Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen – Hitze (Hitzschlag, Sonnenstich)	● –	● ●	● ●
Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von – Flüssigkeit (Verdursten) – Nahrungsmitteln (Verhungern) – fehlende Einnahmemöglichkeit von ärztlich verordneten Medikamenten – Atemluft (Erstickung) oder Ertrinken	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	●	●	●
Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen z. B. durch Nahrungsmittel, Stiche oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere	●	●	●
Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung durch – Alkohol Ausnahmen i. V. m. einer Alkoholfahrt bis ... – Einnahme von (ärztlich verordneten) Medikamenten – die unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmittel z.B. K.o.-Tropfen – hitzebedingte Reaktionen – einen Schlaganfall oder Herzinfarkt – Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Schlafwandel, Erschrecken – einen epileptischer Anfall oder sonstigen Krampfanfall – Unterzuckerung (Zuckerschokk) – sonstige Herz- und Kreislaufstörungen z.B. Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope)	< 1,3 ‰ ● ● ● ● ● – – –	< 1,3 ‰ ● ● ● ● ● ● ● ●	< 1,6 ‰ ● ● ● ● ● ● ● ●
Unfälle in Verbindung mit Straftaten			

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
– Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18 Jahren – Unfälle durch selbstgebautes Feuerwerk bei Personen unter 18 Jahren Ausgeschlossen bleiben alle übrigen Unfälle i. V. m. begangenen Straftaten	– –	• •	• •
Unfälle in Verbindung mit – überraschenden Kriegseignissen (nach Einreise oder während eines Aufenthalts) – Terroranschläge außerhalb des Kriegsgebiets – innere Unruhe (passive Teilnahme) Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch aktive Teilnahme an Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen	• 14 Tage • •	• 14 Tage • •	• 14 Tage • •
Unfälle in Verbindung mit Luft- und Raumfahrzeugen (inklusive Kitesurfen) – als Passagier/Flugschüler, auch beim Luftsportgerät – bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, z.B. Rettungsärzte und -sanitäter. Ausgeschlossen bleiben Unfälle als Führer oder Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts	• –	• •	• •
Unfälle bei Freizeitrennen auf öffentlichen Kartbahnen oder Motorsportveranstaltungen, auf denen es nicht um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt Ausgeschlossen bleiben Rennen im Rahmen von Motorsportveranstaltungen einschließlich der Trainingsfahrten mit Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten	•	•	•
Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen	• Infolge eines Unfalls	• Infolge eines Unfalls	• auch ohne Unfall bis zum 67. Lj.
Gesundheitsschäden durch Strahlen Ausgeschlossen bleiben Strahlenschäden in Zusammenhang mit der Kernenergie	•	•	•
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe als Folge eines Unfalls. Ausgeschlossen bleiben sonstige nicht unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe. Unter diesen Ausschluss fallen nicht Gesundheitsschäden durch Schneiden von Nägeln	•	•	•
Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Schutzimpfungen – Wundstarrkrampf (Tetanus) und Tollwut – ohne Wartezeit – Unfallbedingte Heilmaßnahmen, Eingriffe Maniküre, Pediküre etc. sind kein Eingriff – durch auch nicht nur geringfügige unfallbedingte Verletzungen in den Körper gelangen – Infektionen durch Tierbisse und -stiche – Sonstige auch geringfügige (nicht unfallbedingte) Verletzungen – Sonstige namentlich genannte Infektionen (unabhängig vom Infektionsweg) – Medizinisch empfohlene Schutzimpfungen z.B. gegen Covid19	• • • • – – •	• • • • • • •	• • • • • • •
Gesundheitsschäden durch unfallbedingte hirnorganische psychische oder nervöse Störungen. Ausgeschlossen bleiben alle anderen psychischen Reaktionen.	•	•	•
Invaliditätsleistung (soweit vereinbart)			
Wichtige Meldefristen ab dem Tag des Unfallereignisses (Unfallsumme und Unfallrente) – Eintritt der Invalidität – Feststellung der Invalidität durch einen Arzt – Geltendmachung einer Invaliditätsleistung bei uns	24 Monate 36 Monate 36 Monate		
Gliedertaxe	•	•	•
Arm	75 %	80 %	80 %
Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %	75 %	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %	70 %	80 %
Hand	70 %	70 %	75 %
Daumen	30 %	30 %	30 %
Zeigefinger	15 %	15 %	20 %
andere Finger	5 %	10 %	15 %
Sämtliche Finger einer Hand	55 %	70 %	75 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %	80 %	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	75 %	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %	65 %	80 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %	60 %	80 %
Fuß	60 %	60 %	70 %
Große Zehe	10 %	15 %	20 %
Andere Zehe	2 %	5 %	10 %
Auge	65 %	70 %	75 %
– wenn ein Auge vor dem Unfall zu 100 % verloren war, erhöht sich der Wert auf	–	100 %	100 %
Gehör auf einem Ohr	40 %	45 %	50 %

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
– wenn ein Ohr bereits vor dem Unfall zu 100 % verloren war, erhöht sich der Wert auf	–	90 %	100 %
Geruchssinn	10 %	15 %	20 %
Geschmackssinn	5 %	10 %	20 %
Sprachvermögen	100 %	100 %	100 %
Eine Niere	individuell	25 %	25 %
– wenn eine Niere vor dem Unfall zu 100 % verloren war, erhöht sich der Wert auf	individuell	100 %	100 %
– bei Verlust oder Funktionseinschränkung beider Nieren nach einem Unfall	Individuell	100 %	100 %
Magen	Individuell	20 %	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	Individuell	25 %	25 %
Milz	Individuell	10 %	10 %
– Milz bei Kindern bis zur Vollendung des 15 Lebensjahr	individuell	20 %	20 %
Gallenblase	individuell	10 %	10 %
Ein Lungenflügel	individuell	50 %	50 %
Individuelle Bemessung der Organe, soweit ein höherer Invaliditätsgrad möglich ist	–	●	●
Progressionsmodelle			
225 % – Leistung ab Invaliditätsgrad	○		
– 50 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	75 %		
– 75 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	150 %		
– 100 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	225 %		
350 % – Leistung ab Invaliditätsgrad	○		
– 50 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	100 %		
– 75 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	225 %		
– 100 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	350 %		
500 % – Leistung ab Invaliditätsgrad	○		
– 50 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	125 %		
– 75 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	275 %		
– 100 % in % der vereinbarten Versicherungssumme	500 %		
Mehrleistungen für Personen unter 18 Jahre			
– Leistung bei Kopfverletzungen i. V. m. Tragen eines Helms Maximal	–	25 % 75.000 €	
– Zusätzliche Leistung bei Unfall mit ÖPNV Maximal	–	50 % 150.000 €	
Unfallrente (soweit vereinbart)			
Monatliche Unfallrente ab 50 % Invaliditätsgrad	○		
Einmalzahlung: 12 Monatsrenten bei Tod während des Rentenbezugs	●		
Übergangsleistung (soweit vereinbart)			
Übergangsleistung bis 10 % der Versicherungssumme der Invaliditätsleistung	○		
– bei einer unfallbedingten Beeinträchtigung von 6 Monate zu 50 % oder 3 Monate zu 100 %	bis 10 % der VS Invalidität, max. 15.000 €		
– bei folgenden schweren Unfallverletzungen			
– Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks			
– Amputation einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes			
– Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung			
– Verbrennungen 2. Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche			
– Augenverletzung			
– Dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen. Restsehschärfe 60 %			
– Erblindung auf einem Auge oder Verlust eines Auges: Restsehschärfe 95 %			
– Linsenverlust auf mindestens einem Auge			
– Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma))			
– Gewebezerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe			
– Herz			
– Lunge			
– Leber			
– Milz			
– Niere			
– Fraktur von mindestes zwei der folgenden Knochen			
– Fraktur des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens			
– Fraktur Handwurzelknochen			
– Fraktur Kniescheibe			
– Fraktur an Fußwurzelknochen			
– Fraktur des Wirbelkörpers (Wirbelsäule)			
– Fraktur des Beckenrings (Beckens)			
Die Leistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.			
Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld, mit Koma- und Pflegegeld (soweit vereinbart)			

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
Krankenhaustagegeld – Vollstationäre Heilbehandlung (auch bei Notfalleinweisung in Reha-Instituten)	○ 1.825 Tage, mind. 7 Tage unbefristet	○ 1.825 Tage, mind. 7 Tage unbefristet	○ 1.825 Tage, mind. 7 Tage unbefristet
– Verdopplung bei einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland (soweit dort kein Wohnsitz)	7 Tage	7 Tage	7 Tage
– Leistung bei einer ambulanten Operation zur Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus	3 Tage	3 Tage	3 Tage
– Mindestleistung (mit Anrechnung auf ambulante OP) bei der Versorgung einfacher Knochenbrüche			
Genesungsgeld – Nach Abschluss der Heilbehandlung Leistungsdauer entsprechend des Krankenhausaufenthalts	● 730 Tage	● 730 Tage	● 730 Tage
– Leistung wird auch bei Tod während des Krankenhausaufenthalts gezahlt	●	●	●
Komageld oder Pflegegeld ab Pflegegrad 2, bis 3 Jahre ab dem Unfalltag	–	● 30 €/Tag	● 30 €/Tag
Todesfall-Leistung (soweit vereinbart)			
Leistungen bei unfallbedingtem Tod bis 12 Monate nach Unfallereignis – Anspruch bereits nach Tod-Erklärung (Verschollenheitsgesetz)	○ ●	○ ●	○ ●
– Leistung bei unfallbedingtem Tod im zweiten Jahr, soweit kein Invaliditätsanspruch besteht	●	●	●
– Meldefrist im Todesfall	8 Wochen	keine Frist	keine Frist
Zusätzliche Versorgungsleistung für Kinder bis zum 18. Lebensjahr bei Tod mitversicherter Person	–	●	●
Beitragsfreie unfallbedingte Todesfallleistung für Kinder bis zum 18. Lebensjahr	–	● 5.000 €	● 5.000 €
Haushaltshilfegeld (soweit vereinbart)			
Zahlung bei unfallbedingter medizinischer vollstationärer Heilbehandlung – 10 bis 30 Tage Einmalzahlung	○ 750 €	○ 750 €	○ 750 €
– > 30 Tage zusätzliche Einmalzahlung je 10 Tage Maximal für zwei Jahre	250 €	250 €	250 €
Kapitalsofortleistung bei Unfallverletzungen (soweit vereinbart)			
Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen	○ 15.000 €		
Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks	●		
Amputation einer ganzen Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk	●		
Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung	●		
Verbrennungen 2. Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche	●		
Augenverletzung – Dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen. Restsehschärfe 60 % – Erblindung auf einem Auge oder Verlust eines Auges: Restsehschärfe 95 % – Linsenverlust auf mindestens einem Auge	●		
Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma) – Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe – Herz – Lunge – Leber – Milz – Nieren – Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen – Fraktur des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens – Fraktur Handwurzelknochen – Fraktur Kniescheibe – Fraktur an Fußwurzelknochen – Fraktur des Wirbelkörpers (Wirbelsäule) – Fraktur des Beckenrings (Beckens)	●		
Sonstige einfache Frakturen und Bänderrisse – Oberschenkelhalsbruch – Sonstige Frakturen – Bänderriss	● in % der vereinbarten Summe 30 % 5 % 5 %		
Voraussetzung für die Leistung. Die versicherte Person muss das Unfallereignis ... überleben	mindestens 48 Stunden		
Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse			
Sonstige Frakturen und Bänderrisse	○ 300 €	● 200 €	● 300 €
Kapitalsofortleistung bei Krebserkrankungen – 18. bis zum 67. Lebensjahr			

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
Leistungen bei Erstdiagnose bestimmter Krebserkrankungen – 10 % der Versicherungs- summe „Invalidität“ Wartezeit 12 Monate nach Versicherungsbeginn – Brustkrebs – Hodenkrebs – Gehirntumor – Gebärmutterhalskrebs – Eierstockkrebs	–	● bis 5.000 €	● bis 10.000 €
Beitragsfrei mitversicherte Kosten für kosmetische oder plastische Operationen bei Brust- krebs	–	5.000 €	10.000 €
Baustein Dread Disease: Leistung bei schweren Organ- und Krebserkrankungen (soweit vereinbart)			
Höchstentschädigungsleistung	–	○ bis 3.000 €	○ bis 3.000 €
Leistung bei schweren Erkrankungen; Wartezeit 6 Monate nach Versicherungsbeginn – Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen – Schlaganfall, Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems – Nieren-, Lungen-, Lebererkrankungen – Krebserkrankungen ab Grad /Stadium 1 – Lymphknotenkrebs ab Stadium 1 – Leukämie (Blutkrebs)	–	●	●
Leistung auch im Todesfall als Folge einer oben genannten Organ- oder Krebserkrankung	–	●	●
Beitragsfrei mitversicherte Kosten infolge eines Unfalls			
Höchstentschädigung (vorbehaltlich anderer Sublimits)	25.000 €	50.000 €	75.000 €
Kosten für kosmetische o. plastische Operationen infolge eines Unfalls Krebserkrankungen – Arzthonorare, Operationskosten inkl. Hilfs- und Heilmittel, Unterbringung, Verpflegung – Zahnbehandlungs-, -ersatz und -laborkosten bei Verlust natürlicher Schneide- und Backenzähne – Ersatz künstlicher Zähne z.B. Brücken, Kronen, Gebisse oder Implantate – Fristen nach Unfallereignis für Erwachsene für Kinder bis Vollendung des	● ● – 3 Jahre bis 23 Jahre	● ● – 3 Jahre bis 23 Jahre	● ● ● 3 Jahre bis 23 Jahre
Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze – Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von Rettungsdiensten – Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Druckkammer mit Behandlungskosten – Kosten für den Transport (inkl. Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder Spezialklinik am Wohnsitz ohne ärztliche Anordnung – Mehraufwendungen für die Rückreise nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung zum ständigen Wohnsitz – Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz im In- oder Ausland, wahlweise Be- stattung im Ausland	●	500.000 €	1.000.000 €
Mehraufwendungen für die Rückreise mitreisender Personen zu deren ständigem Wohnsitz	–	●	●
Weitere Kostenpositionen für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – Kosten für die Betreuung inkl. Fahrdienst von Kindern bei unfallbedingtem vollstationä- rem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mehr als sieben Tagen – Kosten für Rooming in, für Krankenbesuche und für Nachhilfestunden bei unfallbeding- tem vollstationärem Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes von mehr als sieben Tagen	–	● jeweils 100 €/Tag bis maximal 14 Tage	● jeweils 100 €/Tag bis maximal 14 Tage
Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall – Leistungsvoraussetzung – Umrüstung des eigenen PKWs – Umbauten in der selbst bewohnten Wohnung oder Haus – Umzugskosten in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung, Senioren- oder Pflege- heim – Anschaffung von Prothesen an Gliedmaßen und medizinische Hilfsmittel – Anschaffung eines Blindenhundes (Assistenzhundes) – Schulungs- und Prüfungsgebühren Fristen nach Unfallereignis für Erwachsene für minderjährige Kinder bis Vollendung des ...	–	● ab 50 % Invaliditätsgrad 5 Jahre bis 25 Jahre	● ab 50 % Invaliditätsgrad 5 Jahre bis 25 Jahre
Kosten für die Reparatur, Ersatz, Anschaffung von Hilfsmitteln, Prothesen (über Anspruch der Sozialträger hinaus) – Prothesen an Gliedmaßen – Gehhilfen oder Krankenfahrstühle	–	● 2.500 €	● 2.500 €
Kur- und Reha-Beihilfe	–	5.000 €	5.000 €
Ungenannte Kosten infolge eines Unfalls	–	500 €	1.000 €
Psychologische Soforthilfe nach einem Unfall, Tod nahestehender Personen oder einer Straftat – Telefonische Hilfe Psychologische Betreuung z.B. logopädische, psychotherapeutische Behandlung nach Un- fall, Raubüberfall, Geiselnahme oder Tod nahestehender Personen	–	–	● 10 Sitzungen
Erstattung aller Zuzahlung zur GKV nach § 61 SGB V	–	–	●
Reha-Management			

	Protect Plus	Eurosecure Plus	Infinitus
Betreuung bei der beruflichen, medizinischen und privaten Rehabilitation durch einen persönlichen Reha-Manager Leistungsvoraussetzung: Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen (s.o.) oder einem Invaliditätsgrad von voraussichtlich 25 %	● 10.000 €	● 20.000 €	● 30.000 €
Anrechnung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen (Mitwirkungsanteil)			
Anrechnung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	ab 75 %	Verzicht	Verzicht
Anrechnung bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres – Anrechnung, soweit eine der unten genannten Krankheiten* diagnostiziert wurde	ab 75 % ab 75 %	Verzicht ab 75 %	Verzicht ab 75 %
Anrechnung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres – Anrechnung, soweit eine der unten genannten Krankheiten* diagnostiziert wurde	ab 50 % ab 25 %	ab 50 % ab 25 %	ab 50 % ab 25 %
Anrechnung ab Vollendung des 75. Lebensjahres	ab 25 %	ab 25 %	ab 25 %
*) Krankheiten: Hämophilie (Bluterkrankheit), Multiple Sklerose, Parkinson, Glasknochenkrankheit			
Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen			
50.000 € Invalidität- und 10.000 € Todesfall-Leistung bis zur übernächsten Hauptfälligkeit für Kinder bis 18. Lebensjahr bzw. für Ehepartner, Lebenspartnerschaft, Lebenspartner (soweit behördlich gemeldet)	●	●	●
Sonstiges (Auszug)			
Beitragsfreie Fortführung des Vertrages bei Tod des Versicherungsnehmers bis zum ... Lebensjahr (Lj.) des Kindes	–	● bis 18. Lj.	● bis 21. Lj.
Beitragsfreie Fortführung des Vertrages bei Tod des Versicherungsnehmers für Ehegatte/Lebenspartner	–	●	●
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres	–	● bis 12 Monate	● bis 24 Monate
Beitragsbefreiung bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit	–	–	● bis 12 Monate

Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus 2022 – Leistungsübersicht

Zeichenerklärung ● mitversichert ○ versicherbar – nicht versichert

	Unfall-Schutz- brief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus
Versicherte Ereignisse			
Leistungen nach einem Unfall	●	●	●
– Leistungsdauer ab Datum des Unfallereignisses bis	9 Monate	9 Monate	9 Monate
Hilfeleistung bei ambulanten Operationen oder vollstationären Krankenhausbehandlungen	–	●	●
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis	–	1 Monat	1 Monat
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	–	1 Monat	1 Monat
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis zu	–	10 Tage	10 Tage
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis zu ... nach der Entlassung	–	10 Tage	10 Tage
Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 Kalendertagen	–	–	●
– Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der Arbeitsunfähigkeit, bis zu ... pro Fall, maximal dreimal je Versicherungsjahr	–	–	20 Tage
– Versicherte ab 67 Jahren: Leistung ab Datum der Krankheit, bis zu einmal je Versicherungsjahr	–	–	10 Tage
Geburt eines Kindes von einer im Haushalt lebenden Person Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●
Leistungszeitraum ab Datum der Entbindung bis	–	14 Tage	14 Tage
Todesfall in der Familie Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●
Leistungszeitraum ab Todesfalldatum	–	14 Tage	14 Tage
Leistung bei gewerkschaftlich organisierten Streiks bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Kindertagesstätten, Pflegeheimen oder Krankenhäusern; Aufwandsentschädigung mit Nachweis (z.B. Taxirechnung)	–	–	50 €/Tag maximal 5 Tage je Versicherungsjahr

	Unfall-Schutz- brief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus
Rechtsschutzleistungen der ARAG SE			
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●
ARAG JuraTel®	●	●	●
Opfer-Rechtsschutz	●	●	●
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	●	●	●
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern	●	●	●
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung	●	●	●
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	●	●	●
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	●	●	●
Sozial-Rechtsschutz	●	●	●

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeitsunfähig- keit	Geburt Todesfall
Versicherte Hilfs- und Pflegeleistungen (Organisation und Kostenerstattung)				
Versorgungsleistungen für verletzte oder erkrankte Person				
Täglicher Menüservice	•	•	•	•
Einkaufsdienst (1-mal wöchentlich)	•	•	•	•
Versorgung der Wäsche (1-mal wöchentlich)	•	•	•	•
Reinigung der Wohnung (1-mal wöchentlich)	•	•	•	•
Installation einer Hausnotrufanlage	•	•	•	•
Begleitung zu Arzt- und Behördengängen (bis 7-mal pro Woche)	•	•	•	•
Fahrdienste zur Krankengymnastik und zu Therapien (bis 7-mal pro Woche)	•	•	•	•
Sonstige notwendige Hilfeleistungen bis 1.000 €	•	–	–	–
Tägliche persönliche Grundpflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern, Betten, Nahrungsmittelzubereitung, -aufnahme, Notdurft)	•	•	•	–
Pflegeberatung (Info gesetzliche Pflegeversicherung, Beratung, Auswahl, Anschaffung Hilfsmittel)	•	•	•	–
Pflegeschulung für Angehörige (einmalig)	•	•	•	–
Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades (Verhinderungspflege)	•	•	•	–

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeitsunfähig- keit	Geburt Todesfall
Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 €				
Interlloyd Soforthilfe weltweit bis 1.000 €	•	–	–	–
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	•	•	•	•
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	•	•	•	–
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	•	•	•	–
Kosten für Krankenbesuch versicherter Kinder (bis zum 14. Lebensjahr)	•	•	•	–
Rooming-in-Kosten bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	•	•	•	–
Haustierunterbringung/Haustierbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 €/Tag)	•	•	•	•
Winter-/Streudienste, soweit zur Verkehrssicherungspflicht notwendig (bis 100 € pro Woche)	•	•	•	–
Gartenpflege (bis 100 € pro Woche)	•	•	•	–
Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten (bis 500 €)	•	•	•	–
Briefkastenleerung (1-mal wöchentlich, bis 100 €)	•	•	•	–
Psychologische telefonische Hilfe	•	•	•	•
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	•	•	•	–
Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende bis zu 50 % der Gesamtreisekosten, max. 1.000 €	•	–	–	–
Transportkosten zum Krankenhaus, Spezialklinik und Dekompressionskammer	•	–	–	–
Krankenrücktransport (inkl. Übernachtungskosten)	•	–	–	–
Mehraufwand für die Rückkehr der verletzten Person nach vollstationärer Heilbehandlung zum Wohnsitz	•	–	–	–
Mehraufwand für die Rückkehr mitreisender Personen	•	–	–	–
Mehraufwand für außerplanmäßige Rückreise von Gepäck und Haustieren	•	–	–	–
Such-, Rettungs- und Bergungskosten	•	–	–	–
Überführungs- (In- und Ausland) und Bestattungskosten (Ausland)	•	–	–	–
Kosten für Arzneimittel- und Brillenversand	•	–	–	–
Ersatz der Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland bis 25 €	•	–	–	–

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

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeitsunfähig- keit	Geburt Todesfall
Serviceleistung (Benennung von Dienstleistern)				
Notwendige versicherte Ereignisse	keine			
Benennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme) zum Thema:	•			
– Rechtsberatung	Fachanwalt aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk			
– Versorgungsleistungen für verletzte oder erkrankte Person	Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste			
– Versorgung des Haushalts	Einkaufs-, Wäsche- und Wohnungsreinigungsdienste			
– Hausmeisterdienste	Hausmeisterdienstleistungen			
– Beratung über Pflege	•			
– Betreuung von im Haushalt lebenden Personen über 18 und Kindern	•			
– Beratung über technische Hilfsmittel	•			
– Hilfe auf Reisen	•			
– Technische Hilfsmittel im Haushalt	•			
Informationen über die Möglichkeit einer ärztlichen Versorgung (In- und Ausland)	•			
Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes (In- und Ausland)	•			
Kontaktherstellung Hausarzt zum behandelnden Arzt (In- und Ausland)	•			
Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)	•			
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	•			

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 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-Krankenhaustagegeld versichern.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten, (zum Beispiel Invaliditäts- und Todesfallleistung, Krankenhaustage- und Genesungsgeld, Rentenleistung, Übergangsleistung etc.) und Versicherungssummen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte B2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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 Prozent.

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 gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr; er ist dann durch uns zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres und durch Sie jederzeit kündbar. Unsere Kündigungen müssen Ihnen drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die Interlloyd eine Leistung oder erheben Sie Klage auf eine Leistung gegen uns, können Sie täglich oder wir den Vertrag vorzeitig durch Kündigung (in Textform) beenden. Die Kündigungsfrist für uns 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten 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 Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung (AVBU 2022)

Teil A: Allgemeine Vertragsbedingungen

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gelten für den Interlloyd Unfall-Schutz und Interlloyd Schutzbrief (Teil B und C).

Abschnitt A1:

Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- A1-1 Beginn des Versicherungsschutzes
- A1-2 Dauer und Ende des Vertrags
- A1-3 Kündigung nach Versicherungsfall
- A1-4 Beendigung des Vertrags bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person
- A1-5 Versicherungsjahr

Abschnitt A2

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- A2-1 Beitrag und Versicherungssteuer
- A2-2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- A2-3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- A2-4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- A2-5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- A2-6 Planmäßige, jährliche Erhöhung von Leistungen (Summendynamik)

Abschnitt A3

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- A3-1 Fremdversicherung
- A3-2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
- A3-3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Abschnitt A4

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

- A4-1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- A4-2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
- A4-3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- A4-4 Anfechtung

- A4-5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Abschnitt A5

Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

- A5-1 Gesetzliche Verjährung
- A5-2 Aussetzung der Verjährung

Abschnitt A6

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- A6-1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten
- A6-2 Zuständige Gerichte

Abschnitt A7

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

Abschnitt A8

Welches Recht findet Anwendung?

Abschnitt A9

Sanktionsklausel

Abschnitt A10

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

Abschnitt A11

Garantieleistungen

- A11-1 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen
- A11-2 Leistungsgarantie gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreis Beratungsprozesse
- A11-3 Künftige Leistungsverbesserungen (Up-date-Garantie)

Abschnitt A1:

Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

A1-1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

A1-2 Dauer und Ende des Vertrags

A1-2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Soweit eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrages (12:00 Uhr bzw. 24.00 Uhr) und des Beginns dieses Vertrages (0:00 Uhr) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum Versicherungsschutz.

A1-1.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.-Kündigen können sowohl Sie als auch wir.

A1-1.2.3 Vertragsbeendigung

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

A1-1.2.3.1 Kündigung des Vertrags durch Sie

Bei einer Vertragsdauer von mehr als einem Jahr können Sie den Vertrag jederzeit (täglich) kündigen, erstmals zum Ablauf des ersten Jahres. Der Vertrag endet ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt; spätestens jedoch zum Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.

A1-1.2.3.2 Kündigung des Vertrags durch uns

Wir können den Vertrag ausschließlich zum vereinbarten Ablauftermin kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Vertragszeit zugehen.

A1-3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben,
oder
- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben,
oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

A1-4 Beendigung des Vertrags bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit einem von Pflegegrad mindestens 2 festgestellt (§ 14 und § 15 Sozialgesetzbuch XI), können Sie bestimmen, dass der Vertrag für die betroffene Person mit Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit endet. Als Nachweis übersenden Sie uns bitte eine Kopie des Leistungsbescheids.

Der Vertrag wird rückwirkend zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die betroffene Person aufgehoben und der Beitrag maximal für drei Jahre erstattet.

Wir weisen darauf hin, dass wir ab einem Pflegegrad 2 von unserem Kündigungsrecht nach A1-1.2.3.2 ebenfalls Gebrauch machen können.

A1-5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Abschnitt A2

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

A2-1 Beitrag und Versicherungssteuer

A2-1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

- A2-1.2 Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- A2-2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag**
- A2-2.1 Fälligkeit der Zahlung**
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.
- A2-2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- A2-2.3 Rücktritt**
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- A2-3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- A2-3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- A2-3.2 Verzug**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.
Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (A2-3.3).
- A2-3.3 Zahlungsfrist**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
– Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
– die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach A2-3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- A2-3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
– besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
– können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- A2-4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.
Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.
Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- A2-5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

A2-6 Planmäßige, jährliche Erhöhung von Leistungen (Summendynamik)

Die Summendynamik ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

- A2-6.1 Die vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Versicherungssumme wird
- für die Invaliditätsleistung (B2-2.1) auf volle 500 Euro
 - die Rentenleistung (B2-2.2) auf einen vollen 10 Euro
 - für das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (B2-2.5) auf einen vollen Euro
 - für die Todesfall-Leistung (B2-2.6) auf volle 500 Euro
- aufgerundet.
- Die Erhöhung der Versicherungssummen ist auf die Höchstversicherungssummen der jeweiligen Leistungsart begrenzt (siehe Allgemeine Tarifrichtlinien).
- Die jährliche Erhöhung gilt nicht für
- laufende Zahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle,
 - andere oben nicht genannten Leistungsarten.
- A2-6.2 Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem vereinbarten Tarifmerkmal der jeweiligen versicherten Person berechnet.
- A2-6.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- A2-6.4 Wir teilen Ihnen die erhöhte Versicherungssumme spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags mit. Sie erhalten einen Nachtrag zum Versicherungsschutz mit den neuen Versicherungssummen.
- A2-6.5 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie innerhalb von sechs Wochen, nachdem Sie unsere Information über die Erhöhung erhalten haben, in Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. In diesem Fall werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Versicherungssummen anbieten.
- A2-6.6 Die Vereinbarung über die Summendynamik endet, wenn Sie oder wir die Vereinbarung zur Summendynamik für die versicherte Person kündigen. Sie können die Vereinbarung jederzeit (täglich) kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

Abschnitt A3

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

A3-1 Fremdversicherung

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

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

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

A3-2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

A3-3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

Abschnitt A4

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

A4-1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

A4-2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

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

A4-2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

A4-2.2 Kündigung

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

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

A4-2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (A2-1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

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

A4-3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

A4-4 Anfechtung

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

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

A4-5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze A4-1 bis A4-4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

Abschnitt A5

Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

A5-1 Gesetzliche Verjährung

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

A5-2 Aussetzung der Verjährung

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

Abschnitt A6

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

A6-1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

A6-1.1 Unser Beschwerdemanagement

Sie können sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Interlloyd Versicherungs-AG

Beschwerdestelle

ARAG Platz 1

40472 Düsseldorf

Telefax +49 (0)211 963 – 3033

E-Mail service@interlloyd.de

A6-1.2 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

A6-1.3 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

A6-2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

- A6-2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
 - das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- A6-2.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

Abschnitt A7

Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- A7-1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- A7-2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

Abschnitt A8

Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Abschnitt A9

Sanktionsklausel

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

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

Abschnitt A10

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

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

Abschnitt A11

Garantieleistungen

A11-1 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen vom Dezember 2020 abweichen.

A11-2 Leistungsgarantie gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreis Beratungsprozesse

Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Vermittler-richtlinie (Stand 28.09.2015) erfüllen.

A11-3 Künftige Leistungsverbesserungen (Up-date-Garantie)

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

Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Infinitus (AVBU Infinitus 2022)

Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeine Vertragsbedingungen“ (siehe Teil A).

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

- B1-1 Grundsatz
- B1-2 Geltungsbereich
- B1-3 Unfallbegriff
- B1-4 Erweiterter Unfallbegriff
- B1-5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

- B2-1 Invaliditätsleistung
- B2-2 Unfallrente
- B2-3 Übergangsleistung
- B2-4 Tagegeld
- B2-5 Krankenhaustage-, Genesungs-, Koma- und Pflegegeld
- B2-6 Todesfallleistung
- B2-7 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart –
- B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen
- B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse
- B2-10 Kapitalsofortleistung bei bestimmten Krebserkrankung und Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation
- B2-11 Baustein Dread Disease. Kapitalsofortleistung bei schweren Organ- und Krebserkrankungen
- B2-12 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten
- B2-13 Psychologische Hilfe nach einem Unfall
- B2-14 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse
- B2-15 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager
- B2-16 Subsidiarität

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

B3-2 Mitwirkung

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- B4-1 Umstellung des Kindertarifs
- B4-2 Umstellung des Erwachsenentarif
- B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommender Personen und Beitragsbefreiung bei Tod, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

- B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung
- B5-2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern und den mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner im Todes-, Pflegefall oder Unfall
- B5-3 Befristete Beitragsbefreiung für die im Vertrag mitversicherten Personen, wenn Sie unverschuldet arbeitslos werden
- B5-4 Arbeitsunfähigkeit

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

- B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht
- B8-2 Fälligkeit der Leistung
- B8-3 Vorschüsse
- B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Abschnitt B9

Besitzstandsgarantie

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

B1-1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

B1-2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

B1-3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

B1-4 Erweiterter Unfallbegriff

B1-4.1 Erhöhter Kraftanstrengungen oder Eigenbewegung

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung ist eine Willentliche oder reflexgesteuerte Bewegung der Skelettmuskulatur, bei der es nicht auf einen über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgehende Muskeleinsatz ankommt.

Als Unfall gilt, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder natürliche Eigenbewegung

- eine Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- eine Verrenkung des Gelenks,
- eine Zerrung oder Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch,
- eine Fraktur eines Knochens,

verursacht wurde.

Diese Erweiterung gilt nicht für Verletzungen oder Schädigungen an Bandscheiben. Sie sind weder Muskeln, Sehnen, Knochen, Bändern noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

B1-4.2 Oberschenkelhals- oder Armfrakturen

Eine Oberschenkelhals- oder Armfraktur gelten bereits ab Diagnosestellung ohne das ein Unfallereignis vorliegt als Unfall.

B1-4.3 Vergiftungen

B1-4.3.1 Vergiftungen durch gasförmige Stoffe oder Stäube

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube, wenn die versicherte Person den Einwirkungen unentrinnbar oder unbewusst und dauerhaft ausgesetzt war. Dauerhaft ist eine Einwirkung dann, wenn diese – auch mit Unterbrechungen – nicht mehr als sieben Tage anhält.

B1-4.3.2 Vergiftungen durch Nahrungsmittel und der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Versichert sind Gesundheitsschäden durch

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel
- Vergiftungen durch Pflanzen
- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken bis zum Ablauf des Versicherungsjahres(A1-5), in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

B1-4.4 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Tauchtypischen Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) bzw. eine Trommelfellverletzungen gelten als versicherter Unfall, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer zur Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

B1-4.5 Höhenkrankheit

Ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss, gelten Gesundheitsschäden durch eine Höhenkrankheit zum Beispiel durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) als versicherter Unfall.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

B1-4.6 Gesundheitsschäden durch Witterung- und Umwelteinflüsse

Als Unfall gelten auch unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch

- durch Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen
- durch Sonnenstich
- durch Hitzschlag.

B1-4.7 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel, Medikamente oder Atemluft

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von

- Flüssigkeit oder
- Nahrungsmitteln
- ärztlich verordneten Medikamenten, soweit keine Einnahmemöglichkeit besteht
- Atemluft

Voraussetzung: Die versicherte Person war dem Entzug plötzlich und unverschuldet ausgesetzt. Zudem konnte sie sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aufgrund äußere Umstände in eine Notlage geraten ist.

B1-4.8 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von

- Personen oder
- Tieren oder
- Sachen

bewusst in Kauf nimmt.

B1-4.9 Gesundheitsschäden durch Allergische Reaktionen zum Beispiel aufgrund einer Nahrungsmittelallergie oder infolge von Stiche- oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die durch eine allergische Reaktion infolge

- der Einnahme von Nahrungsmitteln
- von Insektenstichen und -bissen

aufgetreten sind.

B1-4.10 Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Mitversichert sind Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung durch

- den Konsum von Alkohol. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,6 Promille beträgt.
- Einnahme von (ärztlich verordneten) Medikamenten
- unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmittel zum Beispiel K.o.-Tropfen
- Hitzebedingte Reaktionen
- einen Schlaganfall oder Herzinfarkt
- Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Schlafwandel, Erschrecken
- epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall
- Unterzuckerung (Zuckerschock)
- sonstige Herz- und Kreislauftörungen zum Beispiel Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope)

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den eigentlichen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall hervorgerufenen Gesundheitsschaden sind nicht versichert.

B1-4.11 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

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

Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedarf, besteht jedoch Versicherungsschutz.

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein,
- bei der Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die versicherte Person sich nicht erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft und mit dem Fahrzeug oder mit dem Feuerwerkskörper keine weiteren vorsätzlichen oder fahrlässigen Straftaten, zum Beispiel fahrlässige Körperverletzung, begangen hat oder versucht wurden.

B1-4.12 Unfälle in Verbindung mit Kriegsereignissen, Terroranschlägen und innere Unruhen

Mitversichert sind Unfälle in Verbindung mit

- überraschenden Kriegsereignissen (nach Einreise oder eines Aufenthalts)
- Terroranschläge außerhalb des Kriegsgebiets
- innere Unruhen (sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter – also in Ausübung einer Straftat – daran teilgenommen hat)

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

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch aktive Teilnahme an Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen.

B1-4.13 Unfälle in Verbindung mit Luft- und Raumfahrzeugen

Versichert sind Unfälle mit Luft- und Raumfahrzeugen

- als Passagier,
- als Flugschüler bis zum Erwerb der nach deutschem Recht erforderliche Erlaubnis,
- bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zum Beispiel als Rettungsarzt und -sanitäter.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts. zum Beispiel als Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs

Kiteboards gelten nicht als Luftsportgerät. Unfälle beim Kitesurfing sind somit versichert.

B1-4.14 Unfälle in Verbindung mit Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse an

- Rennen mit Freizeitcharakter auf öffentlichen Kartbahnen in Europa mit Leih- oder Mietkarts und soweit die Person kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.

- Motorsportveranstaltung, wie zum Beispiel Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten auf denen es nicht um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Fahrsicherheitstrainings zur Verbesserung der Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehr.

Ausgeschlossen blieben Unfälle bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen einschließlich der Trainingsfahrten auf denen es – auch teilweise – auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

B1-4.15 Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen

Versichert sind Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, soweit diese Gesundheitsschäden

- überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis nach B1-1 verursacht wurde und
- für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Ausgeschlossen blieben Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, die nicht auf ein versichertes Unfallereignis zurückzuführen sind.

Bei versicherten Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen mitversichert, ohne dass ein Unfallereignis B1-1 vorliegt.

B1-4.16 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. Nicht versichert sind Strahlen die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen.

Versichert sind zum Beispiel Gesundheitsschäden, die durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder ultraviolette Strahlen (künstlich oder natürlich erzeugte UV-Strahlen) entstanden sind.

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen

- soweit diese im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen,
- soweit diese als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten,
- sowie Berufs- und Gewerbekrankheiten.

B1-4.17 Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe.

Versichert sind Heilmaßnahmen im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignisses. Ausgeschlossen bleiben sonstige nicht unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe.

Unter diesen Ausschluss fallen jedoch nicht Gesundheitsschäden durch Schneiden von Nägeln.

B1-4.18 Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Schutzimpfungen

B1-4.18.1 Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (B1-4.17) infiziert hat;
- mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Stiche oder -bisse durch Insekten oder Spinnentiere oder von sonstige Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Encephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.
- Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch ausschließlich folgender Infektionskrankheiten: Cholera, Enchinkokose (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.

B1-4.18.2 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder 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 – 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.

Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland. Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

B1-4.18.3 Abweichend von B1-1 (Unfallereignis) beginnt die dort genannte Frist bei den

- bei Infektionen erst mit dem Tag der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.
- bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung durch einen Arzt.

Der Versicherungsschutz für die Infektionen nachbeginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Für Impfschäden nach B1-4.18.2 besteht keine Wartezeit.

B1-4.19 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hinorganische Schädigung zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen bleiben alle andere krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers nach einer Straftat.

B1-5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (B3).

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

B2-1 Invaliditätsleistung

B2-1.1 Voraussetzungen für die Leistung

B2-1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

B2-1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

B2-1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (B2-2.6), soweit diese vereinbart ist.

B2-1.2 Art und Höhe der Leistung

B2-1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

B2-1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (B2-1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (B2-1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (B7-4).

B2-1.2.2.1 Gliedertaxe

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

		Infinitus
Arm	Arm	80 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	Hand	75 %
	Daumen	30 %
	Zeigefinger	20 %
	Anderer Finger	15 %
	Sämtliche Finger einer Hand	75 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis unterhalb des Knies	80 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
Fuß	Fuß	70 %
	Große Zehe	20 %
	Andere Zehe	10 %
Sinne	Auge	75 %
	– Falls ein Auge bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
	Gehör auf einem Ohr	50 %
	– Falls ein Gehör bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
	Geruchssinn	20 %
	Geschmackssinn	20 %
	Sprachvermögen	100 %
Organe	Eine Niere	25 %
	– Verlust beider Nieren bei einem Unfallereignis	100 %
	– Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
	Magen	20 %
	– Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
	Milz	10 %
	– Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahrs	20 %
	Gallenblase	10 %
	Ein Lungenflügel	50 %

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

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

Für die in der Gliedertaxe genannten Invaliditätsgrade Organe Niere, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Milz, Gallenblase und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach B2-1.2.2.2 außerhalb der Gliedertaxe erfolgen soll. Berücksichtigt wird der jeweils höherer Invaliditätsgrad.

B2-1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

B2-1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach der vereinbarten Gliedertaxe (B2-1.2.2.1) und nach B2-1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad nach der Gliedertaxe zum Beispiel 80 Prozent.

War dieses Bein schon vor dem Unfall um 10 Prozent in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 Prozent (10 Prozent von 80 Prozent). Diese 8 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 Prozent.

B2-1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein.

Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

Ist bei einem Unfallereignis die Funktionsfähigkeit beider Augen oder beider Ohren

- a) in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte

Beispiel: Unfallbedingt sind beide Augen in ihre Funktionsfähigkeit zu 40 Prozent beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe zum Beispiel ein Invaliditätsgrad von jeweils 28 Prozent (40 Prozent von 70 Prozent). Für beide Augen erhöht sich der Invaliditätsgrad um 14 Prozent (die Hälfte von 28 Prozent) auf 42 Prozent (28 Prozent plus 14 Prozent). Insgesamt ergibt sich durch die Beeinträchtigung beider Augen ein Invaliditätsgrad von 84 Prozent statt 56 Prozent).

In Verbindung mit einer 225 Prozent Progression erhöht sich die Invaliditätsleistung von 93 Prozent auf 177 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

- b) in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird der festgestellte Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Beispiel: Unfallbedingt ist ein Auge zu 40 Prozent, das andere Auge zu 30 Prozent in ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe zum Beispiel ein Invaliditätsgrad von 28 Prozent (40 Prozent vom 70 Prozent) bzw. von 21 Prozent (30 Prozent vom 70 Prozent). Durch die Verdopplung des Invaliditätsgrades für das geringer beeinträchtigte Auge auf 42 Prozent (2 mal 21 Prozent) ergibt sich insgesamt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent statt 49 Prozent.

In Verbindung mit einer 225 Prozent Progression erhöht sich die Invaliditätsleistung von 73 Prozent auf 135 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität

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

- a) Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (B2-1.1.4) und
b) die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach B2-1.1 sind erfüllt.

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

B2-1.3 Progressive Invaliditätsleistungen (soweit vereinbart)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird gemäß B2-1.2.1, B2-1.2.2 und B3 ermittelt. In den „Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen“ finden Sie die Auswirkungen der progressiven Invaliditätsstaffel auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung.

B2-1.3.1 Progressive Invaliditätsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das zweifache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.2 Progressive Invaliditätsleistung bis 350 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das fünffache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.3 Progressive Invaliditätsleistung bis 500 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das vierfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das sechsfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir das neunfache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.4 Beitragsfreie Mehrleistungen für versichert Personen bis 18 Jahre

B2-1.4.1 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Tragen von Helm

Die versicherte Grundsumme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 Prozent, wenn das versicherte Kind bei einer sportlichen Aktivität zum Beispiel bei Rad-, Ski-, Snowboard-, Tretrollerfahrten oder als Reiter durch einen versicherten Unfall

- eine Kopfverletzung erlitten hat und
 - nachweislich einen für die Sportart geeigneten Helm getragen hat.
- Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.

- B2-1.4.2** Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln
Die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 Prozent, wenn das versicherte Kind als Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet.
Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind,
- die im öffentlichen Personenverkehr eingesetzte Omnibusse, Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen im Linienverkehr;
 - Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Fahrer.
- Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.

B2-2 Unfallrente

B2-2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten B2-1.1 und B2-1.2.2.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt B2-1.2.3.

B2-2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-2.2.1 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach B8-4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-2.2.2 Beendigung der Unfallrente bei Eintritt des Leistungsfalls | Fortführung nach Neubemessung

Mit Feststellung des Rentenanspruchs endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente, ohne dass es eine besondere Kündigung bedarf.

Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person bleibt unverändert bestehen. Ihr Recht zur Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall nach A1-3 gilt weiter.

Ergibt die Neubemessung nach B8-4 einen unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 50 Prozent, können Sie erneut Versicherungsschutz bei uns beantragen.

B2-3 Übergangsleistung

B2-3.1 Leistung bei dauerhafter Beeinträchtigung für drei oder sechs Monate

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- für sechs Monate zu mindestens 50 Prozent oder für drei Monate zu 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei bzw. mehr als sechs Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb des vierten oder siebten Monats nach dem Unfall bei uns durch Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei oder sechs Monaten ausgehen.

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

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-3.2 Leistung bei schweren Unfallverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unten genannten Verletzungen, wird abweichend von B2-2.3.1 die vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung sofort fällig.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-3.2.1 Schwere Verletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-3.2.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien oder Wadenbein)
- Knie Scheibe
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-3.3 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-4 Tagegeld

B2-4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

B2-4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

B2-5 Krankenhaustage-, Genesungs-, Koma- und Pflegegeld

B2-5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt zur Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus einer ambulanten Operation oder
- unterzieht sich aufgrund einer unfallbedingten Knochenfraktur einer medizinischen Versorgung, soweit aus medizinischer Sicht eine ambulante chirurgische Operation nicht notwendig ist.

Die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bitte reichen Sie uns alle Nachweise ein.

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

B2-5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.1 a), mindestens für sieben Tage, längstens für 1.825 Tage ab Tag des Unfalls,
- für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen nach B2-5.1 b),
- für drei Tage bei einer ambulanten medizinischen Versorgung einer Knochenfraktur nach B2-5.1 c).

Die Leistungen nach b) oder c) werden jeweils auf die Leistung nach a) angerechnet, soweit zum Beispiel aufgrund des Heilungsverlaufes nach einer medizinischen Versorgung eine ambulante chirurgische Operation oder eine vollstationäre Heilbehandlung notwendig wird.

B2-5.3 Mehrleistungen bei einem Unfall im Ausland

Bei einem Unfall im Ausland und einer ebenfalls im Ausland durchgeführten

- medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.2 a) oder
- ambulanten chirurgischen Operation nach B2-5.2 b)

zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe. Die Mehrleistung gilt unbegrenzt für jeden Tag, soweit Sie die Leistung im Ausland in Anspruch nehmen. Die Mehrleistung gilt nicht für das Genesungsgeld (B2-5.4).

Voraussetzung ist, dass Sie im Ausland keinen Wohnsitz haben.

Beispiel: Die versicherte Person muss sich im Ausland einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung unterziehen. Wir zahlen Ihnen für die jeden Tag das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Wenn die versicherte Person nach Ablauf von zehn Tagen ihre Heilbehandlung im Inland fortsetzt, zahlen wir ab dem elften Tag das vereinbarte Krankenhaustagegeld weiter.

Die vereinbarte Mindestleistung bei einer vollstationären Heilbehandlung oder bei einer ambulanten chirurgischen Operation für sieben Tage erhalten Sie immer in doppelter Höhe.

B2-5.4 Genesungsgeld

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 730 Tage. Der Anspruch auf das Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person während der vollstationären Heilbehandlung verstorben ist.

Voraussetzung:

Die versicherte Person hatte Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld aufgrund

- einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.1 a) oder
- einer ambulanten Operation nach B2-5.1 b)

B2-5.5 Koma- und Pflegegeld

Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankenhaustagegeld (B2-5.1) vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalls innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Tag, an dem die versicherte Person

- sich in einem Koma befindet oder
- unfallbedingt pflegebedürftig ab Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist

Bestehen für die versicherte beitragsfreien Leistungen weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-6 Todesfallleistung

B2-6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person nach dem Unfall

- im ersten Jahr unfallbedingt verstirbt. Das gilt auch, wenn eine Invalidität nach B2-1 eingetreten ist.

oder

- im zweiten Jahr unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Die Voraussetzung für die unfallbedingte Todesfall-Leistung gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunfall)
- § 6 (Luftfahrzeugunfälle) oder
- § 7 (sonstiger Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

Ein Anspruch auf die Todesfall-Leistung besteht erst ab dem nach § 9 (2) oder (3) des Verschollenheitsgesetzes festgestellten Zeitpunkt des Todes.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-6.2 Art und Höhe der Leistung

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

B2-6.3 Zusätzliche Versorgungsleistung für mitversicherte Kinder bei Tod mitversicherter Personen

Wir zahlen eine zusätzliche Versorgungsleistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er), soweit dieses/diese zu Ihrem Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat/haben, wenn Sie und/oder Ihr mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner

- innerhalb eines Jahres aufgrund eines versicherten Unfallereignisses verstirbt/versterben und
- ein Anspruch auf eine Todesfallleistung für den/die Verstorbene(n) nach B2-6.1 besteht und
- eine Todesfall-Leistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er) nach vereinbart wurde.

Die zusätzliche Versorgungssumme entspricht

- jeweils der Todesfallsumme des versicherten Kindes, soweit diese vereinbart wurde,
- je Kind jedoch höchstens der vereinbarten Todesfallsumme der verstorbenen versicherten Person.

Versterben Sie und Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner aufgrund des gleichen Unfallereignisses, zahlen wir die doppelte Versorgungsleistung.

Beispiel: Sie und Ihr Lebenspartner haben eine Todesfallsumme von 10.000 Euro; für Ihr Kind haben Sie eine Todesfallsumme von 5.000 Euro vereinbart.

Sollten Sie unfallbedingt versterben, zahlen wir insgesamt 15.000 Euro (10.000 Euro aus Ihrer Todesfallversorgung und zusätzlich die 5.000 Euro aus der vereinbarten Todesfallversorgung des Kindes).

Versterben Sie und Ihr Lebenspartner bei dem gleichen Unfallereignis zahlen wir in diesem Beispiel insgesamt 30.000 Euro. Der Anspruch auf eine Versorgungsleistung bleibt bestehen, wenn der mitversicherte Lebenspartner aufgrund eines anderen Unfallereignisses versterben sollte.

B2-6.4 Zusätzliche beitragsfreie Todesfalleistung für Kinder

Für versicherte Kinder, die zum Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zahlen wir eine beitragsfreie Todesfallsumme in Höhe von 5.000 Euro. Den Betrag zahlen wir zusätzlich zu einer vereinbarten Todesfallsumme.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-7 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt –

Beindet 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.

B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Die Kapitalsofortleistung bei Unfallverletzungen wird bei folgenden unfallbedingten Verletzungen fällig: Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-8.1 Schwere Unfallverletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-8.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- oder Wadenbein)
- Kniescheibe
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-8.3 Einfache Verletzungen (mit reduzierte Kapitalleistung)

- Oberschenkelhalsfraktur: 30 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung
- Einfache Fraktur eines Knochens; 5 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung
- Bänderriss: 5 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung

B2-8.4 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse

Führt der Unfall bei der versicherten Person

- zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen) oder
- zu einem Bänderriss

zahlen wir eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 300 Euro.

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.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-10 Kapitalsofortleistung bei bestimmten Krebserkrankung und Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation

B2-10.1 Ergänzend zu B2-1 zahlen wir zehn Prozent der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 10.000 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 A1-1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Erkrankungen erst nach einer Wartezeit von zwölf Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. 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.

B2-10.2 Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation

Hat sich die versicherte Person wegen einer versicherten Brustkrebserkrankung nach B2-8.1 einer Brustoperation unterzogen, wobei mindestens eine komplette Brustdrüse entfernt wurde, erstatten wir Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen.

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.

Ist ein Anderer, zum Ersatz der Kosten verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Andere nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

B2-10.3 Die Leistungen nach B2-8.1 und B2-8.2 nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-11 Baustein Dread Disease. Kapitalsofortleistung bei schweren Organ- und Krebserkrankungen

B2-11.1 Einmalige Kapitalsofortleistung bei schweren Organerkrankung

B2-11.1.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks,

- die zu einer vollständigen Lähmung eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist.

B2-11.1.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die nach einer Prognose für mindestens zwölf Monate

- zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person führen.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuchs und dessen Folgen.

B2-11.1.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner oder gleich 30 Prozent oder

- Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 Prozent oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

B2-11.1.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die zum Beispiel aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte:

- Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

B2-11.1.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen wie zum Beispiel Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- die arterielle Sauerstoffsättigung SpO2 kleiner oder gleich 50 Prozent ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.

B2-11.1.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites),
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre,
- Bilirubinwert im Serum (gesamt) größer oder gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l),
- Albuminwert im Serum kleiner oder gleich 3,5 g/dl (35 g/l),
- Quickwert kleiner oder gleich 40 Prozent.

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein. .

B2-11.1.7 Wartezeit

Die Wartezeit für die Kapitalsofortleistung bei schweren Organerkrankungen beträgt sechs Monate und beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

B2-11.2 Einmalige Kapitalsofortleistung bei schweren Krebserkrankungen

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren). Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3 sowie
- alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II.

B2-11.2.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM Classification of Malignant Tumours, sixth edition“ der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I–IV) sind.

Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung. Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2007 (Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

B2-11.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebserkrankung. Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in vier Stadien eingeteilt:

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells,
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (zum Beispiel Leber, Knochenmark).

B2-11.2.3 Voraussetzung für die Leistung

Die im Versicherungsschein vereinbarte Leistung zahlen wir bei der erstmaligen Diagnose einer Krebserkrankung nach B2-11.2.1 oder B2-11.2.2 jeweils ab Stadium bzw. Grad I bzw. Stadium 1.

Die Diagnose muss durch ärztliche Befunde belegt sein.

B2-11.2.4 Wartezeit

Der Versicherungsschutz für die Soforthilfe gilt erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

B2-11.3 Leistungsanspruch auf die einmalige Kapitalsofortleistung bei Organ- und Krebserkrankungen – auch im Todesfall

Ein Leistungsanspruch auf die Kapitalsofortleistung nach B2-11.1 und B2-11.2 besteht, sobald die Leistungsvoraussetzung

- durch eine ärztliche Diagnose erstmalig festgestellt wird und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnosestellung das 67. Lebensjahr zum Ablauf des nachfolgenden Vertragsjahr noch nicht vollendet hat und
- vereinbarte Wartezeiten erfüllt sind.

Die Leistungsauszahlung erfolgt auch, wenn die versicherte Person unmittelbar nach der ärztlichen Diagnose verstirbt und noch keine Leistungsauszahlung erfolgt ist.

Verstirbt die versicherte Person vor der ärztlichen Diagnose, leisten wir auch dann, wenn aufgrund der ärztlichen Befunde damit zu rechnen gewesen wäre, dass die versicherten Erkrankungen nach B2-9.2 zu dem Tod geführt haben.

Die Vorschriften über die Anrechnung weiterer mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen nach B3 bleiben unberücksichtigt.

B2-11.4 Keine Anpassungen von Leistung und Beitrag (Summendynamik)

Die Versicherungssumme für Dread Disease Baustein nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-12 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten

B2-12.1 Nach einem Unfallereignis (B1-1) zahlen wir die nachfolgenden unfallbedingten Kosten.

Voraussetzung ist,

- die Kosten werden von Ihnen nachgewiesen und
- sind nicht willkürlich.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, nicht zum Ersatz der Kosten verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht ganz oder teilweise bestreitet.

Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, können Sie von uns die volle oder die teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung ist, dass Sie für die Nicht- oder Minderleistung des Dritten nicht verantwortlich sind.

Es werden nur aus einem Vertrag Zahlungen geleistet, auch wenn die versicherte Person mehrere Verträge bei uns besitzt.

Höchstentschädigungssumme für alle unfallbedingte Kosten

Die nachfolgenden Leistungen nach B2-12.2 bis B2-12.7 sind insgesamt je Unfallereignis auf 75.000 Euro begrenzt, soweit in den jeweiligen Bestimmungen nicht etwas anders vereinbart ist.

B2-12.2 Kosten für kosmetische Operationen

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 23. Lebensjahres.

Wir erstatten wir auch die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide-, Eck- und Backenzähnen.

Übernommen werden auch die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate. Nicht ersetzt werden die Kosten für unfallbedingte oder zerstörte Brustimplantate.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

bis zur Höhe der in Deutschland nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) festgesetzten Grenzen. Dies gilt auch für im Ausland erbrachte Leistungen.

B2-12.3 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze, sowie Kosten für den Rücktransport

Wir erstatten für die versicherte Person nachfolgend unfallbedingt entstandenen Kosten und Mehraufwendungen. Abweichend von B2-12.1 erstatten wir die Kosten insgesamt je Unfallereignis bis zu 1.000.000 Euro.

- B2-12.3.1 Kosten für den Such-, Bergungs- oder Rettungseinsatz von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- B2-12.3.2 Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person vom Unfallort zum Krankenhaus, Spezialklinik oder zur Druckkammer. Wir erstatten auch die notwendigen Therapiekosten für eine Druckkammerbehandlung.
- B2-12.3.3 Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung aus dem Ausland) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes.
Diese Kosten zahlen wir auch dann, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, aber aufgrund des Verletzungsbilds mit einer nachweislich besseren ärztlichen Versorgung zu rechnen ist.
Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.
- B2-12.3.4 Mehraufwendungen für die Rückreise der verletzten versicherten Person nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung zum ständigen Wohnsitz.
Wir erstatten
- die Rückfahrtkosten bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linieneinflugs in der Economy Class,
 - die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten bis zu 100 Euro,
 - die notwendigen Übernachtungskosten bis zur Rückfahrt für höchstens drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.
- B2-12.3.5 Überführungs- und Bestattungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen
Wir erstatten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen
- die Überführungskosten aus dem In- oder Ausland bis zum letzten ständigen Wohnsitz bzw. wahlweise,
 - die angemessenen Bestattungskosten im Ausland nach Abstimmung mit den Angehörigen.
- Auf Wunsch der Angehörigen organisieren wir die Überführung zum letzten Wohnsitz oder die Bestattung im Ausland.
- B2-12.3.6 Mehraufwendungen für die Rückreise mitreisender Personen, zum Beispiel Kinder oder Lebenspartners zu deren ständigem Wohnsitz.
Wir erstatten
- die Rückfahrtkosten bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linieneinflugs in der Economy Class,
 - die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten bis zu 100 Euro,
 - die notwendigen Übernachtungskosten bis zur Rückfahrt für höchstens drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.
- Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.
- B2-12.4 Zusätzlich versicherte Kosten für Kinder (Betreuung und Versorgung) bis zum 15. Lebensjahr
- a) Kosten für Betreuung und Versorgung bei unfallbedingtem Ausfall der betreuenden versicherten Person
Voraussetzung ist, dass sich die ansonsten betreuende versicherte Person unfallbedingt in einer vollstationären Heilbehandlung oder in einer unmittelbar anschließenden Rehabilitation Einrichtung befindet. Die Dauer der vollstationären Heilbehandlung oder der Aufenthalt in der Rehabilitation Einrichtung ist voraussichtlich länger als sieben Tage.
 - b) 24-Stunden-Betreuung von Kindern
Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar so lange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.
 - c) Fahrdienste für Kinder
Wir organisieren die Kosten für den Fahrdienst für Kinder zum Beispiel zur Schule, zum Training oder zu Arztterminen.
 - d) Kosten für Rooming in, Krankenbesuche und Nachhilfestunden
Voraussetzung ist, dass sich das Kind unfallbedingt, voraussichtlich mindestens sieben Tage, in einer vollstationären Heilbehandlung oder in einer sich unmittelbar danach anschließenden Rehabilitation-Einrichtung befindet.
Wir erstatten die Kosten für die Leistung nach a) bis d) bis zu 14 Tage und bis maximal 100 Euro pro Tag.
- B2-12.5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall
Die Leistungen werden erbracht, wenn 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 Prozent beeinträchtigt ist oder
 - nach Feststellung des von uns beauftragten Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.
- Die notwendigen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.
Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.
Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für
- a) die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkws,
 - b) den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
 - c) einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim,
 - d) medizinische Hilfsmittel, soweit ärztlich verordnet,
 - e) Anschaffung eines Assistenzhundes, zum Beispiel eines Blindenhundes,
 - f) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.
- Als medizinische Hilfsmittel im Sinne von d) gelten
- Arm- und Beinprothesen

- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunstauge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen)

B2-12.6 Kostenbeteiligung für die Reparatur oder Ersatz-Anschaffung für Gliedmaßen-Prothesen und medizinische Hilfsmittel
Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden versicherten Unfall erlitten. Dabei wurde die von der versicherten Person bereits vor dem Unfall benutzte

- Gliedmaßen-Prothese
- Gehhilfe oder
- Krankenfahrstuhl

beschädigt.
Wir übernehmen die Kosten der Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen oder Hilfsmittel innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro.

B2-12.7 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.
Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten bis 5.000 Euro.

B2-12.8 Erstattung nicht genannter Kosten
Zusätzlich zu den unter B2-12.3 bis B2-12.7 aufgeführten Kostenpositionen erstatten wir auch dort nicht genannte Kosten, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis notwendigerweise entstanden sind. Ausgeschlossen bleiben Ersatzleistungen aus entgangenen Einkünften aus nichtelbselbständiger oder selbständiger Tätigkeit.
Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro je Unfallereignis beschränkt.

B2-13 Psychologische Hilfe nach einem Unfall

- a) Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall
Wir vermitteln auf Anfrage der versicherten Person bzw. einer der versicherten Person nahestehenden Person eine angemessene psychologische telefonische Hilfe.
Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und die ihr nahestehenden 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.
- b) Kosten für eine psychologische Betreuung
Die versicherte Person benötigt aufgrund
- einer selbst erlittenen schweren Unfallverletzung (nach B2-8.1 und B2-8.2) oder
 - einer Schwerstverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder
 - eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme
- eine psychologische Betreuung.
Wir erstatten die Kosten für bis zu zehn Sitzungen einer psychologischen Betreuung.

B2-14 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse

Der versicherten Person wurde von den gesetzlichen Krankenversicherern Kosten (Zuzahlungen) nach § 61 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, für eine wegen des Unfalls medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.
Die Krankenhaus-Zuzahlung wird in Höhe des Betrags erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.

B2-15 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager

B2-15.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall nach B1-3 oder B1-4 erlitten.
Ein Leistungsanspruch besteht, wenn

- nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu einer dauerhaften Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent nach B2-1.2
- eine schwere Unfallverletzung nach B2-3.2

vorliegt.

- B2-15.2 Art der Leistung**
Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person nach einem Unfall, 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 fachkundiger Dienstleister sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Wir sind für die Leistung des Dienstleisters nicht verantwortlich.
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/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen,
 - Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.
-
- B2-15.3 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 Hilfs- und Pflegeleistungen aus dem Unfall-Schutzbrief nach Teil C durch.
- B2-15.4 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).
- B2-15.5 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.
- B2-15.6 Soziale Rehabilitation**
Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte beispielsweise zu
- 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.
- B2-15.7 Weitere Leistungen bei Personen 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.
- B2-15.8 Dauer der Leistung/Leistungsort**
Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht.
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.
- B2-15.9 Entschädigungsgrenze**
Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

B2-16 Subsidiarität

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung nach B2-12 bis B2-15 ist, dass ein Dritter (zum Beispiel Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Erstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

B3-2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

B3-2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

B3-2.2 Anrechnung mitwirkender Krankheiten oder Gebrechen

- Bei versicherten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs verzichten wir auf eine Anrechnung;
- Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahr verzichten wir auf eine Anrechnung;
- Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahr, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent beträgt;
- Bei versicherten Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahr, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent beträgt.

Abweichend von

- b) erfolgt die Anrechnungen ab einem Mitwirkungsanteil von 75 Prozent;
- c) erfolgt die Anrechnung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 Prozent,

wenn die betroffene versicherte Person an Hämophilie (Bluterkrankheit), Multiple Sklerose, Parkinson oder Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit) erkrankt ist.

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

B4-1 Umstellung des Kindertarifs

B4-1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (A1-5), in dem das Kind das 18 Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

B4-1.2 Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-2 Umstellung des Erwachsenentarif

B4-2.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das

- 55. Lebensjahr;
- 67. Lebensjahr;
- 75. Lebensjahr

vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Alterungstarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

B4-3.1 Mitteilung der Änderung

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

B4-3.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

B4-3.3 Regelung bei nicht versicherbaren Berufen

Fällt die angezeigte neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die in den Tarifrichtlinien unter 4.3 aufgeführten „nicht versicherbaren Berufe“ gelten nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung für Berufsunfälle nur 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssummen.

B4-3.4 Versehentliche Nichtanzeige eines Berufswechsels (Versehensklausel)

Unsere Leistungspflicht wird durch ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit nicht beeinträchtigt, wenn

- Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich um ein Versehen handelte und
- die Anzeige über den Wechsel des Berufs unverzüglich nachgeholt wird.

Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich. Sie gilt ab dem Zeitpunkt der beruflichen Veränderung.

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommender Personen und Beitragsbefreiung bei Tod, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben folgende nach Beginn der Versicherung bzw. während eines laufenden Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen:

- a) Eheliche, eingetragene oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - standesamtlichen Eheschließung oder
 - Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
 - behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.
- b) Leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - Geburt oder
 - Adoption oder
 - behördlichen Meldung des Kindes am gemeinsamen Wohnsitz.

B5-1.1 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Soweit ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditätsleistung bis zu 50.000 Euro
- Todesfall-Leistung bis zu 10.000 Euro

Vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen bleiben bei der Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Bestehen für die hinzukommenden Personen bereits eigene Unfallversicherungen bei uns, gilt die Leistung aus der Vorsorgeversicherung zusätzlich.

B5-1.2 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung der unter B5 genannten Personen endet zum Ablauf des übernächsten Versicherungsjahres.

B5-2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern und den mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner im Todes-, Pflegefall oder Unfall

Wenn Sie oder Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner während der Versicherungsdauer

- versterben sollten (auch dann, wenn der Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) oder
 - in den Pflegegrad 2 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden oder
 - einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt und
 - Sie oder der Ehegatte/Lebenspartner bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und
 - die Versicherung nicht gekündigt war,
- gilt Folgendes:

B5-2.1 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder

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

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

B5-2.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner

Wir führen den Versicherungsschutz für die mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte(n) Person(en) das 60. Lebensjahr vollendet hat/haben.

B5-3 Befristete Beitragsbefreiung für die im Vertrag mitversicherten Personen, wenn Sie unverschuldet arbeitslos werden

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen vor Vollendung des 60. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag bei Vorliegen der nachfolgenden Kriterien in dem dort genannten zeitlichen Umfang bei fortbestehendem Versicherungsschutz beitragsfrei gestellt.

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer

- keiner bezahlten Vollbeschäftigung (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) nachgehen,
- beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind,
- Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen

und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit

- mindestens 24 Monate ununterbrochen sozialversicherungspflichtig vollbeschäftigt (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) und
- bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate und
- ist der Beitrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt,

so wird der Versicherungsvertrag ab der der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 24 Monate beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie während dieser 24 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags gilt insgesamt jedoch für maximal 24 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (zum Beispiel durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann nur einmal während der Vertragslaufzeit/Wirksamkeit dieses Vertrags in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen. Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

B5-4 Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als sechs Wochen zu 100 Prozent arbeitsunfähig werden und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen, dann befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung) nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag hin bis zu zwölf Monate beitragsfrei weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

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

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

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

Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in B2 geregelt.

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

- B6-1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- B6-2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- B6-3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.
- B6-4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
– Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
– anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- B6-5 Wir sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.
Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.
- B6-6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in B6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

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

B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
- Bei Kapitalsofortleistungen der Nachweis des gesundheitlichen Beeinträchtigung durch ein ärztliches Attest.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach B6.

Angemessene ärztliche Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

B8-2 Fälligkeit der Leistung

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

B8-3 Vorschüsse

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

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

B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag nicht zurück.

Abschnitt B9 Besitzstandsgarantie

Besitzstandsgarantien gegenüber dem direkten Vorvertrag

Sollte sich bei einem Versicherungsfall in den ersten 5 Jahren nach Vertragsbeginn (A1-1) herausstellen, dass Sie durch die Vertragsbedingungen zur Unfallversicherung des Vorvertrags beim vorherigen Versicherer in Bezug auf den Versicherungsumfang bessergestellt gewesen wären, werden wir nach den Versicherungsbedingungen des letzten Vertragsstandes des direkten Vorvertrags regulieren.

Sie haben uns in diesem Fall die Versicherungsbedingungen und eine Kopie der Police des Vorversicherers zur Verfügung zu stellen.

Die Besitzstandsgarantie gilt ausschließlich für

- a) die unter B1-4 aufgeführten erweiterten Unfallbegriffe.

Hat der Vorversicherer zu diesen Definitionen eine bessere Regelung in seinen Versicherungsbedingungen festgelegt, gilt diese im Leistungsfall auch für diese Vertrag.

- b) die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren.

Diese werden wir bis zu einer Gesamthöhe von maximal 25.000 Euro berücksichtigen, wenn

- sie in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert waren und eine geringere Versicherungssumme vorsehen.
- sie als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können.
- es sich bei dem Tarif des anderen Versicherers um einen für jedermann zugänglichen Tarif handelte.

Sie gilt somit nicht für Leistung, die Sie gegen Beitragszahlung in diesem Vertrag ebenfalls vereinbaren können.

Die Besitzstandsgarantie gilt darüber hinaus nur insoweit, dass

- der Ablauf des Vorvertrages dem Beginn des Vertrages der Interlloyd entspricht.
- der Vorvertrag mindestens drei Jahre ununterbrochen bestanden hat und nicht vom Vorversicherer gekündigt oder im gegenseitigen Einvernehmen aufgehoben worden ist.
- der Vorvertrag mit einem anderen Anbieter als der Interlloyd abgeschlossen war, der zum Zeitpunkt der Leistung zum Betrieb in Deutschland zugelassen ist.

Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Eurosecure Plus (AVBU Eurosecure Plus 2022)

Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeine Vertragsbedingungen“ (siehe Teil A).

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

- B1-1 Grundsatz
- B1-2 Geltungsbereich
- B1-3 Unfallbegriff
- B1-4 Erweiterter Unfallbegriff

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

- B2-1 Invaliditätsleistung
- B2-2 Unfallrente
- B2-3 Übergangsleistung
- B2-4 Tagegeld
- B2-5 Krankenhaustage- und Genesungsgeld
- B2-6 Todesfallleistung
- B2-7 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart –
- B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen
- B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse
- B2-10 Kapitalsofortleistung bei bestimmten Krebserkrankung und Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation
- B2-11 Baustein Dread Disease. Kapitalsofortleistung bei schweren Organ- und Krebserkrankungen
- B2-12 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten
- B2-13 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager
- B2-14 Subsidiarität

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

B3-2 Mitwirkung

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- B4-1 Umstellung des Kindertarifs
- B4-2 Umstellung des Erwachsenentarifs
- B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen und Beitragsbefreiung bei Tod, Arbeitslosigkeit

- B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung
- B5-2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern und den mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner im Todes-, Pflegefall oder Unfall
- B5-3 Befristete Beitragsbefreiung für die im Vertrag mitversicherten Personen, wenn Sie unverschuldet arbeitslos werden

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

- B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht
- B8-2 Fälligkeit der Leistung
- B8-3 Vorschüsse
- B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

B1-1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

B1-2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

B1-3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)

- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

B1-4 Erweiterter Unfallbegriff

B1-4.1 Erhöhter Kraftanstrengungen oder Eigenbewegung

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung ist eine willentliche oder reflexgesteuerte Bewegung der Skelettmuskulatur, bei der nicht auf einen über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgehende Muskeleinsatz ankommt.

Als Unfall gilt, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder natürliche Eigenbewegung

- eine Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- eine Verrenkung des Gelenks,
- eine Zerrung oder Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch,
- eine Fraktur eines Knochens,

verursacht wurde.

Diese Erweiterung gilt nicht für Verletzungen oder Schädigungen an Bandscheiben. Sie sind weder Muskeln, Sehnen, Knochen, Bändern noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

B1-4.2 Oberschenkelhals- oder Armfrakturen

Eine Oberschenkelhals- oder Armfraktur gelten bereits ab Diagnosestellung ohne dass ein Unfallereignis vorliegt als Unfall.

B1-4.3.1 Vergiftungen durch gasförmige Stoffe oder Stäube

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube, wenn die versicherte Person den Einwirkungen unentrinnbar oder unbewusst und dauerhaft ausgesetzt war. Dauerhaft ist eine Einwirkung dann, wenn diese – auch mit Unterbrechungen – nicht mehr als sieben Tage anhält.

B1-4.3.2 Vergiftungen durch Nahrungsmittel und der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Versichert sind Gesundheitsschäden durch

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel
- Vergiftungen durch Pflanzen
- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken bis zum Ablauf des Versicherungsjahres (A1-5), in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

B1-4.4 Tauchtypischen Gesundheitsschäden

Tauchtypischen Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) bzw. eine Trommelfellverletzungen gelten als versicherter Unfall, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

B1-4.5 Höhenkrankheit

Ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss, gelten Gesundheitsschäden durch eine Höhenkrankheit zum Beispiel durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) als versicherter Unfall.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

B1-4.6 Gesundheitsschäden durch Witterung- und Umwelteinflüsse

Als Unfall gelten bei unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch

- durch Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen
- durch Sonnenstich
- durch Hitzschlag.

B1-4.7 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel, Medikamente oder Atemluft

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von

- Flüssigkeit oder
- Nahrungsmitteln
- ärztlich verordneten Medikamenten, soweit keine Einnahmemöglichkeit besteht
- Atemluft

Voraussetzung: Die versicherte Person war dem Entzug plötzlich und unverschuldet ausgesetzt. Zudem konnte sie sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aufgrund äußere Umstände in eine Notlage geraten ist.

B1-4.8 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von

- Personen oder
- Tieren oder

- Sachen
bewusst in Kauf nimmt.

B1-4.9 Gesundheitsschäden durch Allergische Reaktionen zum Beispiel aufgrund einer Nahrungsmittelallergie oder infolge von Stiche- oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die durch eine allergische Reaktion infolge

- der Einnahme von Nahrungsmitteln
 - von Insektenstichen und -bissen
- aufgetreten sind.

B1-4.10 Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Mitversichert sind Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung durch

- den Konsum von Alkohol. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,3 Promille beträgt.
- Einnahme von (ärztlich verordneten) Medikamenten
- unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmittel zum Beispiel K.o.-Tropfen
- Hitzebedingte Reaktionen
- einen Schlaganfall oder Herzinfarkt
- Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Schlafwandel, Erschrecken
- epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall
- Unterzuckerung (Zuckerschock)
- sonstige Herz- und Kreislaufstörungen zum Beispiel Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope)

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den eigentlichen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

B1-4.11 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

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

Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedarf, besteht jedoch Versicherungsschutz

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein,
- bei der Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die versicherte Person sich nicht erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft und mit dem Fahrzeug oder mit dem Feuerwerkskörper keine weiteren vorsätzlichen oder fahrlässigen Straftaten, zum Beispiel fahrlässige Körperverletzung, begangen hat oder versucht wurden.

B1-4.12 Unfälle in Verbindung mit Kriegsereignissen, Terroranschläge und innere Unruhen

Mitversichert sind Unfälle in Verbindung

- überraschenden Kriegsereignissen bis zu 14 Tage nach Einreise oder eines Aufenthalts
- Terroranschläge außerhalb des Kriegsgebiets
- innere Unruhen (sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter – also in Ausübung einer Straftat- daran teilgenommen hat)

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch aktive Teilnahme an Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen.

B1-4.13 Unfälle in Verbindung mit Luft- und Raumfahrzeugen

Versichert sind Unfälle mit Luft- und Raumfahrzeugen

- als Passagier,
- als Flugschüler bis zum Erwerb der nach deutschem Recht erforderliche Erlaubnis,
- bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, zum Beispiel als Rettungsarzt und -sanitäter.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts. zum Beispiel als Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs

Kiteboards gelten nicht als Luftsportgerät. Unfälle beim Kitesurfing sind somit versichert.

B1-4.14 Unfälle in Verbindung mit Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse an

- Rennen mit Freizeitcharakter auf öffentlichen Kartbahnen in Europa mit Leih- oder Mietkarts und soweit die Person kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.
- Motorsportveranstaltung, wie zum Beispiel Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, auf denen es nicht um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Fahrsicherheitstrainings zur Verbesserung des Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehrs.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen einschließlich der Trainingsfahrten, auf denen es – auch teilweise – auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder Fahrsicherheitstraining mit Renncharakter.

B1-4.15 Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen

Versichert sind Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, soweit diese Gesundheitsschäden

- überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis nach B1-1 verursacht wurde und
- für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Ausgeschlossen bleiben Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, die nicht auf ein versichertes Unfallereignis zurückzuführen sind.

B1-4.16 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. Nicht versichert sind Strahlen die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen.

Versichert sind zum Beispiel Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder ultraviolette Strahlen (künstlich oder natürliche erzeugte UV-Strahlen entstanden sind).

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen

- soweit diese im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen,
- soweit diese als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten,
- sowie Berufs- und Gewerbekrankheiten.

B1-4.17 Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe.

Versichert sind Heilmaßnahmen im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignisses. Ausgeschlossen bleiben sonstige nicht unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe.

Unter diesen Ausschluss fallen jedoch nicht Gesundheitsschäden durch Schneiden von Nägeln.

B1-4.18 Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Schutzimpfungen

B1-4.18.1 Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (B1-4.17) infiziert hat;
- mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Stiche oder -bisse durch Insekten oder Spinnentiere oder von sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Encephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.
- Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch ausschließlich von 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

B1-4.18.2 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder 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 – 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.

Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland. Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

B1-4.18.3 Abweichend von B1-1 (Unfallereignis) beginnt die dort genannte Frist bei den

- bei Infektionen erst mit dem Tag der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.
- bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung durch einen Arzt..

Der Versicherungsschutz für die Infektionen nachbeginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Für Impfschäden nach B1-4.18.2 besteht keine Wartezeit

B1-4.19 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnorganische Schädigung zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen bleiben alle andere krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers nach einer Straftat.

B1-4.20 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (B3).

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

B2-1 Invaliditätsleistung

B2-1.1 Voraussetzungen für die Leistung

B2-1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

B2-1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

B2-1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (B2-2.6), soweit diese vereinbart ist.

B2-1.2 Art und Höhe der Leistung

B2-1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

B2-1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (B2-1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (B2-1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (B7-4).

B2-1.2.2.1 Gliedertaxe

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

Eurosecure Plus		
Arm	Arm	80 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	Hand	70 %
	Daumen	30 %
	Zeigefinger	15 %
	Anderer Finger	10 %
	Sämtliche Finger einer Hand	70 %
Bein	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	Fuß	60 %
	Große Zehe	15 %
	Andere Zehe	5 %
Sinne	Auge	70 %
	– Falls ein Auge bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
	Gehör auf einem Ohr	45 %
	– Falls ein Ohr bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	90 %
	Geruchssinn	15 %
	Geschmackssinn	10 %
	Sprachvermögen	100 %
Organe	Eine Niere	25 %
	– Verlust beider Nieren bei einem Unfallereignis	100 %
	– Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
	Magen	20 %
	– Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
	Milz	10 %
	– Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahrs	20 %
	Gallenblase	10 %
	Ein Lungenflügel	50 %

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

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

Für die in der Gliedertaxe genannten Invaliditätsgrade Organe Niere, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Milz, Gallenblase und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach B2-1.2.2.2 außerhalb der Gliedertaxe erfolgen soll. Berücksichtigt wird der jeweils höherer Invaliditätsgrad.

B2-1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

B2-1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach der vereinbarten Gliedertaxe (B2-1.2.2.1) und nach B2-1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad nach der Gliedertaxe zum Beispiel 80 Prozent.

War dieses Bein schon vor dem Unfall um 10 Prozent in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 Prozent (10 Prozent von 80 Prozent). Diese 8 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 Prozent.

B2-1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein.

Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

Ist bei einem Unfallereignis die Funktionsfähigkeit beider Augen oder beider Ohren

- a) in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte

Beispiel: Unfallbedingt sind beide Augen in ihre Funktionsfähigkeit zu 40 Prozent beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe zum Beispiel ein Invaliditätsgrad von jeweils 28 Prozent (40 Prozent von 70 Prozent). Für beide Augen erhöht sich der Invaliditätsgrad um 14 Prozent (die Hälfte von 28 Prozent) auf 42 Prozent (28 Prozent plus 14 Prozent). Insgesamt ergibt sich durch die Beeinträchtigung beider Augen ein Invaliditätsgrad von 84 Prozent statt 56 Prozent).

In Verbindung mit einer 225 Prozent Progression erhöht sich die Invaliditätsleistung von 93 Prozent auf 177 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

- b) in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird der festgestellte Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Beispiel: Unfallbedingt ist ein Auge zu 40 Prozent, das andere Auge zu 30 Prozent in ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe zum Beispiel ein Invaliditätsgrad von 28 Prozent (40 Prozent vom 70 Prozent) bzw. von 21 Prozent (30 Prozent vom 70 Prozent). Durch die Verdopplung des Invaliditätsgrades für das geringer beeinträchtigte Auge auf 42 Prozent (2 mal 21 Prozent) ergibt sich insgesamt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent statt 49 Prozent.

In Verbindung mit einer 225 Prozent Progression erhöht sich die Invaliditätsleistung von 73 Prozent auf 135 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität

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

- a) Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (B2-1.1.4) und
b) die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach B2-1.1 sind erfüllt.

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

B2-1.3 Progressive Invaliditätsleistungen (soweit vereinbart)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird B2-1.2.1, B2-1.2.2 und B3 ermittelt. In den „Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen“ finden Sie die Auswirkungen der progressiven Invaliditätsstaffel auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung.

B2-1.3.1 Progressive Invaliditätsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das zweifache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.2 Progressive Invaliditätsleistung bis 350 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das fünffache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.3 Progressive Invaliditätsleistung bis 500 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das vierfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das sechsfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir das neunfache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.4 Beitragsfreie Mehrleistungen für versichert Personen bis 18 Jahre

B2-1.4.1 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Tragen von Helm

Die versicherte Grundsumme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 Prozent, wenn das versicherte Kind bei einer sportlichen Aktivität zum Beispiel bei Rad-, Ski-, Snowboard-, Tretrollerfahrten oder als Reiter durch einen versicherten Unfall

- eine Kopfverletzung erlitten hat und
- nachweislich einen für die Sportart geeigneten Helm getragen hat.

Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.

- B2-1.4.2** Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln
Die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 Prozent, wenn das versicherte Kind als Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet.
Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind,
– die im öffentlichen Personenverkehr eingesetzte Omnibusse, Straßen, U-Bahnen und Eisenbahnen im Linienverkehr;
– Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Fahrer.
Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.

B2-2 Unfallrente

B2-2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten B2-1.1 und B2-1.2.2.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt B2-1.2.3.

B2-2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-2.2.1 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach B2-8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-2.2.2 Beendigung der Unfallrente bei Eintritt des Leistungsfalls | Fortführung nach Neubemessung

Mit Feststellung des Rentenanspruchs endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente, ohne dass es eine besondere Kündigung bedarf.

Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person bleibt unverändert bestehen. Ihr Recht zur Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall nach A1-3 gilt weiter.

Ergibt die Neubemessung nach B8-4 einen unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 50 Prozent, können Sie erneut Versicherungsschutz bei uns beantragen.

B2-3 Übergangsleistung

B2-3.1 Leistung bei dauerhafter Beeinträchtigung für drei oder sechs Monate

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- für sechs Monate zu mindestens 50 Prozent oder für drei Monate zu 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei bzw. mehr als sechs Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb des vierten oder siebten Monats nach dem Unfall bei uns durch Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei oder sechs Monaten ausgehen.

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

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-3.2 Leistung bei schweren Unfallverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unten genannten Verletzungen, wird abweichend von B2-3.1 die vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung sofort fällig.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-3.2.1 Schwere Verletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent

- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-3.2.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- oder Wadenbein)
- Kniegelenk
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-2.3.3 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-4 Tagegeld

B2-4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

B2-4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

B2-5 Krankenhaustage- und Genesungsgeld

B2-5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt zur Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus einer ambulanten Operation oder
- unterzieht sich aufgrund einer unfallbedingten Knochenfraktur einer medizinischen Versorgung, soweit aus medizinischer Sicht eine ambulante chirurgische Operation nicht notwendig ist.

Die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bitte reichen Sie uns alle Nachweise ein.

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

B2-5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.1 a), mindestens für sieben Tage, längstens für 1.825 Tage ab Tag des Unfalls,
- für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen nach B2-5.1 b),
- für drei Tage bei einer ambulanten medizinischen Versorgung einer Knochenfraktur nach B2-5.1 c).

Die Leistungen nach b) oder c) werden jeweils auf die Leistung nach a) angerechnet, soweit zum Beispiel aufgrund des Heilungsverlaufs nach einer medizinischen Versorgung eine ambulante chirurgische Operation oder eine vollstationäre Heilbehandlung notwendig wird.

B2-2.5.3 Mehrleistungen bei einem Unfall im Ausland

Bei einem Unfall im Ausland und einer ebenfalls im Ausland durchgeführten

- medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.2 a) oder
- ambulanten chirurgischen Operation nach B2-5.2 b)

zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe. Die Mehrleistung gilt unbegrenzt für jeden Tag soweit Sie die Leistung im Ausland in Anspruch nehmen. Die Mehrleistung gilt nicht für das Genesungsgeld (B2-5.4).

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person im Ausland keinen Wohnsitz haben.

Beispiel: Die versicherte Person muss sich im Ausland einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung unterziehen. Wir zahlen Ihnen für die jeden Tag das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Wenn die versicherte Person nach Ablauf von zehn Tagen ihre Heilbehandlung im Inland fortsetzt, zahlen wir ab dem elften Tag das vereinbarte Krankenhaustagegeld weiter.

Die vereinbarte Mindestleistung bei einer vollstationären Heilbehandlung oder bei einer ambulanten chirurgischen Operation für sieben Tage erhalten Sie immer in doppelter Höhe.

B2-5.4 Genesungsgeld

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 730 Tage. Der Anspruch auf das Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person während der vollstationären Heilbehandlung verstorben ist.

Voraussetzung:

Die versicherte Person hatte Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld aufgrund

- einer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung nach B2-5.1 a) oder
- einer ambulanten chirurgischen Operation nach B2-5.1 b).

B2-5.5 Koma- und Pflegegeld

Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankenhaustagegeld (B2-5.1) vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalls innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Tag, an dem die versicherte Person

- sich in einem Koma befindet oder
- unfallbedingt pflegebedürftig ab Pflegegrad 2 im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist

Bestehen für die versicherte beitragsfreien Leistungen weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-6 Todesfallleistung

B2-6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfallleistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfallleistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person nach dem Unfall

- im ersten Jahr unfallbedingt verstirbt. Das gilt auch, wenn eine Invalidität nach B2-1; eingetreten ist.
oder
- im zweiten Jahr unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Die Voraussetzung für die unfallbedingte Todesfall-Leistung gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück)
- § 6 (Luftfahrzeugunfälle) oder
- § 7 (sonstiger Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

Ein Anspruch auf die Todesfall-Leistung besteht erst ab dem nach § 9 (2) oder (3) des Verschollenheitsgesetzes festgestellten Zeitpunkt des Todes.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-6.2 Art und Höhe der Leistung

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

B2-6.3 Zusätzliche Versorgungsleistung für mitversicherte Kinder bei Tod mitversicherter Personen

Wir zahlen eine zusätzliche Versorgungsleistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er), soweit dieses/diese zu Ihrem Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat/haben, wenn Sie und/oder Ihr mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner

- innerhalb eines Jahres aufgrund eines versicherten Unfallereignisses verstirbt/versterben und
- ein Anspruch auf eine Todesfall-Leistung für den/die Verstorbene(n) nach B2-6.1 besteht und
- eine Todesfallleistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er) nach vereinbart wurde.

Die zusätzliche Versorgungssumme entspricht

- jeweils der Todesfallsumme des versicherten Kindes, soweit diese vereinbart wurde,
- je Kind jedoch höchstens der vereinbarten Todesfallsumme der verstorbenen versicherten Person.

Versterben Sie und Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner aufgrund des gleichen Unfallereignisses, zahlen wir die doppelte Versorgungsleistung maximal bis 5.000 Euro.

Beispiel: Sie und Ihr Lebenspartner haben eine Todesfallsumme von 10.000 Euro; für Ihr Kind haben Sie eine Todesfallsumme von 5.000 Euro vereinbart.

Sollten Sie unfallbedingten versterben zahlen wir insgesamt 15.000 Euro (10.000 Euro aus Ihrer Todesfallversorgung und zusätzlich die 5.000 Euro aus der vereinbarten Todesfallversorgung des Kindes.

Versterben Sie und ihr Lebenspartner bei dem gleichen Unfallereignis zahlen wir in diesem Beispiel insgesamt 30.000 Euro.

Der Anspruch auf eine Versorgungsleistung bleibt bestehen, wenn der mitversichert Lebenspartner aufgrund eines anderen Unfallereignisses versterben sollte.

B2-6.4 Zusätzliche beitragsfreie Todesfalleistung für Kinder

Für versicherte Kinder, die zum Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zahlen wir eine beitragsfreie Todesfallsumme in Höhe von 5.000 Euro. Den Betrag zahlen wir zusätzlich zu einer vereinbarten Todesfallsumme.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-7 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt –

Beindet 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.

B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Die Kapitalsofortleistung bei Unfallverletzungen wird bei folgenden unfallbedingten Verletzungen fällig: Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-8.1 Schwere Unfallverletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-8.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- oder Wadenbein)
- Kniescheibe
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-8.3 Einfache Verletzungen (mit reduzierte Kapitalleistung)

- Oberschenkelhalsfraktur: 30 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung
- Einfache Fraktur eines Knochens: 5 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung
- Bänderriss: 5 Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung

B2-8.3 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse

Führt der Unfall bei der versicherten Person

- zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen) oder
- zu einem Bänderriss

zahlen wir eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 200 Euro.

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.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-10 Kapitalsofortleistung bei bestimmten Krebserkrankung und Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation

B2-10.1 Ergänzend zu B2-1 zahlen wir zehn Prozent der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 5.000 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 A1-1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Erkrankungen erst nach einer Wartezeit von zwölf Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. 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.

B2-10.2 Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation

Hat sich die versicherte Person wegen einer versicherten Brustkrebserkrankung nach B2-10.1 einer Brustoperation unterzogen, wobei mindestens eine komplette Brustdrüse entfernt wurde, erstatten wir Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen.

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 5.000 Euro.

Ist ein Anderer zum Ersatz der Kosten verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Andere nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat

B2-10.3 Die Leistungen nach B2-8.1 und B2-8.2 nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-11 Baustein Dread Disease. Kapitalsofortleistung bei schweren Organ- und Krebserkrankungen

B2-11.1 Einmalige Kapitalsofortleistung bei schweren Organerkrankung

B2-11.1.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks,

- die zu einer vollständigen Lähmung eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist.

B2-11.1.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die nach einer Prognose für mindestens zwölf Monate

- zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person führen.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuchs und dessen Folgen.

B2-11.1.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner oder gleich 30 Prozent oder
- Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 Prozent oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

B2-11.1.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die zum Beispiel aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte:

- Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

B2-11.1.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen wie zum Beispiel Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- die arterielle Sauerstoffsättigung SpO2 kleiner oder gleich 50 Prozent ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.

B2-11.1.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites),
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre,
- Bilirubinwert im Serum (gesamt) größer oder gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l),
- Albuminwert im Serum kleiner oder gleich 3,5 g/dl (35 g/l),
- Quickwert kleiner oder gleich 40 Prozent.

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

B2-11.1.7 Wartezeit

Die Wartezeit für die Kapitalsofortleistung bei schweren Organerkrankungen beträgt sechs Monate und beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

B2-11.2 Einmalige Kapitalsofortleistung bei schweren Krebserkrankungen

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren). Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3 sowie
- alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II.

B2-11.2.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM Classification of Malignant Tumours, sixth edition“ der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I–IV) sind.

Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung. Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2007 (Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

B2-11.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebserkrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in vier Stadien eingeteilt:

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells,
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (zum Beispiel Leber, Knochenmark).

B2-11.2.3 Voraussetzung für die Leistung

Die im Versicherungsschein vereinbarte Leistung zahlen wir bei der erstmaligen Diagnose einer Krebserkrankung nach B2-11.2.1 oder B2-11.2.2 jeweils ab Stadium bzw. Grad I bzw. Stadium 1.

Die Diagnose muss durch ärztliche Befunde belegt sein.

B2-11.2.4 Wartezeit

Der Versicherungsschutz für die Soforthilfe gilt erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

- B2-11.3 Leistungsanspruch auf die einmalige Kapitalsofortleistung bei Organ- und Krebserkrankungen – auch im Todesfall
Ein Leistungsanspruch auf die Kapitalsofortleistung nach B2-11.1 und B2-11.2 besteht, sobald die Leistungsvoraussetzung
- durch eine ärztliche Diagnose erstmalig festgestellt wird und
 - die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnosestellung das 67. Lebensjahr zum Ablauf des nachfolgenden Vertragsjahrs noch nicht vollendet hat und
 - vereinbarte Wartezeiten erfüllt sind.
- Die Leistungsauszahlung erfolgt auch, wenn die versicherte Person unmittelbar nach der ärztlichen Diagnose verstirbt und noch keine Leistungsauszahlung erfolgt ist.
- Verstirbt die versicherte Person vor der ärztlichen Diagnose, leisten wir auch dann, wenn aufgrund der ärztlichen Befunde damit zu rechnen gewesen wäre, dass die versicherten Erkrankungen nach B2-9.2 zu dem Tod geführt haben.
- Die Vorschriften über die Anrechnung weiterer mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen nach B3 bleiben unberücksichtigt.

- B2-11.4 Keine Anpassungen von Leistung und Beitrag (Summendynamik)
Die Versicherungssumme für Dread Disease Baustein nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-12 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten

- B2-12.1 Nach einem Unfallereignis (B1-1) zahlen wir die nachfolgenden unfallbedingten Kosten.
- Voraussetzung ist,
- Die Kosten werden von Ihnen nachgewiesen und
 - sind nicht willkürlich.
- Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, nicht zum Ersatz der Kosten verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht ganz oder teilweise bestreitet.
- Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, können Sie von uns die volle oder die teilweise Erstattung verlangen.
- Voraussetzung ist, dass Sie für die Nicht- oder Minderleistung des Dritten nicht verantwortlich sind.
- Es werden nur aus einem Vertrag Zahlungen geleistet, auch wenn die versicherte Person mehrere Verträge bei uns besitzt.

Höchstentschädigungssumme für alle unfallbedingte Kosten

Die nachfolgenden Leistungen nach B2-12.2 bis B2-12.7 sind insgesamt je Unfallereignis auf 50.000 Euro begrenzt, soweit in den jeweiligen Bestimmungen nicht etwas anders vereinbart ist.

- B2-12.2 Kosten für kosmetische Operationen
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.
Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt
 - nach Abschluss der Heilbehandlung und
 - bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 23. Lebensjahres.
- Wir erstatten wir auch die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide-, Eck- und Backenzähnen.
- Nicht übernommen werden die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate. Nicht ersetzt werden die Kosten für unfallbedingt beschädigte oder zerstörte Brustimplantate.
- Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- bis zur Höhe der in Deutschland nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) festgesetzten Grenzen. Dies gilt auch für in Ausland erbrachte Leistungen.

- B2-12.3 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze, sowie Kosten für den Rücktransport
Wir erstatten für die versicherte Person nachfolgend unfallbedingt entstandene Kosten und Mehraufwendungen. Abweichend von B2-12.1 erstatten wir die Kosten insgesamt je Unfallereignis bis zu 500.000 Euro.

- B2-12.3.1 Kosten für den Such-, Bergungs- oder Rettungseinsatz von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

- B2-12.3.2 Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person vom Unfallort zum Krankenhaus, Spezialklinik oder zur Druckkammer. Wir erstatten auch die notwendigen Therapiekosten für eine Druckkammerbehandlung.

- B2-12.3.3 Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung aus dem Ausland) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes.
Diese Kosten zahlen wir auch dann, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, aber aufgrund des Verletzungsbilds mit einer nachweislich besseren ärztlichen Versorgung zu rechnen ist.
Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.
- B2-12.3.4 Mehraufwendungen für die Rückreise der verletzten Person nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung zum ständigen Wohnsitz.
Wir erstatten
- die Rückfahrtkosten bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linieneinflugs in der Economy Class,
 - die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten bis zu 100 Euro,
 - die notwendige Übernachtungskosten bis zur Rückfahrt für höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.
- B2-12.3.5 Überführungs- und Bestattungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen
Wir erstatten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen
- die Überführungskosten aus dem In- oder Ausland bis zum letzten ständigen Wohnsitz bzw. wahlweise,
 - die angemessenen Bestattungskosten im Ausland nach Abstimmung mit den Angehörigen.
- Auf Wunsch der Angehörigen organisieren wir die Überführung zum letzten Wohnsitz oder die Bestattung im Ausland.
- B2-12.3.6 Mehraufwendungen für die Rückreise mitreisender Personen, zum Beispiel Kinder oder Lebenspartners zu deren ständigem Wohnsitz.
Wir erstatten
- die Rückfahrtkosten bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linieneinflugs in der Economy Class,
 - die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten bis zu 100 Euro,
 - die notwendige Übernachtungskosten bis zur Rückfahrt für höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.
- Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.
- B2-12.4 Zusätzlich versicherte Kosten für Kinder (Betreuung und Versorgung) bis zum 15. Lebensjahr
- a) Kosten für Betreuung und Versorgung bei unfallbedingtem Ausfall der betreuenden versicherten Person
Voraussetzung ist, dass sich die ansonsten betreuende versicherte Person unfallbedingt in einer vollstationären Heilbehandlung oder in einer unmittelbaren anschließenden Rehabilitation-Einrichtung befindet. Die Dauer der vollstationären Heilbehandlung oder der Aufenthalt in der Rehabilitation Einrichtung ist voraussichtlich länger als sieben Tage.
 - b) 24-Stunden-Betreuung von Kindern
Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar so lange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.
 - c) Fahrdienste für Kinder
Wir organisieren die Kosten für den Fahrdienste für Kinder zum Beispiel zur Schule, zum Training oder zu Arztterminen.
 - d) Kosten für Rooming in, Krankenbesuche und Nachhilfestunden
Voraussetzung ist, dass sich das Kind unfallbedingt, voraussichtlich mindesten sieben Tage in einer vollstationären Heilbehandlung oder in einer sich unmittelbaren danach anschließenden Rehabilitation-Einrichtung befindet.
- Wir erstatten die Kosten für die Leistung nach a) bis d) bis zu 14 Tage und bis maximal 100 Euro pro Tag.
- B2-12.5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall
Die Leistungen werden erbracht, wenn 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 Prozent beeinträchtigt ist oder
 - nach Feststellung des von uns beauftragten Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.
- Die notwendigen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.
- Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.
- Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten nach für
- a) die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkws,
 - b) den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
 - c) einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim,
 - d) medizinische Hilfsmittel, soweit ärztlich verordnet,
 - e) Anschaffung eines Assistenzhundes, zum Beispiel eines Blindenhundes
 - f) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.
- Als medizinische Hilfsmittel im Sinne von d) gelten
- Arm- und Beinprothesen
 - Gehhilfen
 - Krankenfahrstuhl
 - Orthesen
 - Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
 - Schienenapparate
 - Hörgeräte

- Kunststuge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

B2-12.6 Kostenbeteiligung für die Reparatur oder Ersatz-Anschaffung für Gliedmaßen-Prothesen und medizinische Hilfsmittel
Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden versicherten Unfall erlitten. Dabei wurde die von der versicherte Person bereits vor dem Unfall benutzte

- Gliedmaßen-Prothese
- Gehhilfe oder
- Krankenfahrstuhl

beschädigt.

Wir übernehmen die Kosten der Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen oder Hilfsmittel innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro.

B2-12.7 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.

Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten bis 5.000 Euro.

B2-12.8 Erstattung nicht genannter Kosten

Zusätzlich zu den unter B2-12.3 bis B2-12.7 aufgeführte Kostenpositionen erstatten wir auch dort nicht genannte Kosten, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis notwendiger Weise entstanden sind. Ausgeschlossen bleiben Ersatzleistungen aus entgangenen Einkünften aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit.

Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 500 Euro je Unfallereignis beschränkt.

B2-13 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager

B2-13.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall nach B1-3 oder B1-4 erlitten.

Eine Leistungsanspruch besteht, wenn

- nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu einer dauerhaften Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent nach B2-1.2
- eine schwere Unfallverletzung nach B2-3.2

vorliegt

B2-13.2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person nach einem Unfall, 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 fachkundiger Dienstleister sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Wir sind für die Leistung des Dienstleisters nicht verantwortlich.

Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise

- qualifizierten Rehabilitationsberatern,
- Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnnähe,
- Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen,
- Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.

B2-13.3 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 Hilfs- und Pflegeleistungen aus dem Unfall-Schutzbrief nach Teil C durch.

B2-13.4 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).

B2-13.5 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.

- B2-13.6 Soziale Rehabilitation
Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte beispielsweise zu
– 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.
- B2-13.7 Weitere Leistungen bei Personen 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.
- B2-13.8 Dauer der Leistung/Leistungsort
Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht.
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.
- B2-13.9 Entschädigungsgrenze
Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 20.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

B2-14 Subsidiarität

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung nach B2-12 bis B2-13 ist, dass ein Dritter (zum Beispiel Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Erstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

B3-2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

- B3-2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
– bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
– bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.
Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.
- B3-2.2 Anrechnung mitwirkender Krankheiten oder Gebrechen
- Bei versicherten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs verzichten wir auf eine Anrechnung;
 - Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahrs verzichten wir auf eine Anrechnung;
 - Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahr, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent beträgt;
 - Bei versicherten Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahr, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent beträgt.
- Abweichend von
- b) erfolgt die Anrechnung ab einem Mitwirkungsanteil von 75 Prozent;
 - c) erfolgt die Anrechnung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 Prozent,
- wenn die betroffene versicherte Person an Hämophilie (Bluterkrankheit), Multiple Sklerose, Parkinson oder Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit) erkrankt ist.

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

B4-1 Umstellung des Kindertarifs

B4-1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (A1-5), in dem das Kind das 18 Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

B4-1.2 Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-1.3 Ergänzend zum Wahlrecht (B4) können Sie jederzeit

- eine Reduzierung oder Erhöhung der bisher vereinbarten Versicherungssummen im Rahmen der beim Abschluss des Vertrags gültigen Höchstversicherungssummen und/oder
- die bisher vereinbarten Leistungsarten abwählen bzw. den Versicherungsschutz nach ihrem Versicherungsbedarf im Rahmen der in diesem Vertrag möglichen abschließbaren Leistungsarten anpassen.

B4-2 Umstellung des Erwachsenentarifs

B4-2.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das

- 55. Lebensjahr;
- 67. Lebensjahr;
- 75. Lebensjahr

vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Alterungstarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

B4-3.1 Mitteilung der Änderung

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

B4-3.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

B4-3.3 Regelung bei nicht versicherbaren Berufen

Fällt die angezeigte neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die in den Tarifrichtlinien unter 4.3 aufgeführten „nicht versicherbaren Berufe“ gelten nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung für Berufsunfälle nur 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssummen.

B4-3.4 Versehentliche Nichtanzeige eines Berufswechsels (Versehensklausel)

Unsere Leistungspflicht wird durch ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit nicht beeinträchtigt, wenn

- Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich um ein Versehen handelte und
- die Anzeige über den Wechsel des Berufs unverzüglich nachgeholt wird.

Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich. Sie gilt ab dem Zeitpunkt der beruflichen Veränderung.

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen und Beitragsbefreiung bei Tod, Arbeitslosigkeit

B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben folgende nach Beginn der Versicherung bzw. während eines laufenden Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen:

- a) Eheliche, eingetragene oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - standesamtlichen Eheschließung oder
 - Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
 - behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.
- b) Leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - Geburt oder
 - Adoption oder
 - behördlichen Meldung des Kindes am gemeinsamen Wohnsitz.

B5-1.1 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Soweit ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditätsleistung bis zu 50.000 Euro
- Todesfall-Leistung bis zu 10.000 Euro

Vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen bleiben bei der Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Bestehen für die hinzukommenden Personen bereits eigene Unfallversicherungen bei uns, gilt die Leistung aus der Vorsorgeversicherung zusätzlich.

B5-1.2 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung der unter B5 genannten Personen endet zum Ablauf des übernächsten Versicherungsjahres.

B5-2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern und den mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner im Todes-, Pflegefall oder Unfall

Wenn Sie oder Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner während der Versicherungsdauer

- versterben sollten (auch dann, wenn der Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) oder
- in den Pflegegrad 2 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden oder
- einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt und
- Sie oder der Ehegatte/Lebenspartner bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und
- die Versicherung nicht gekündigt war,

gilt Folgendes:

B5-2.1 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

B5-2.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner

Wir führen den Versicherungsschutz für die mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte(n) Person(en) das 60. Lebensjahr vollendet hat/haben.

B5-3 Befristete Beitragsbefreiung für die im Vertrag mitversicherten Personen, wenn Sie unverschuldet arbeitslos werden

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen vor Vollendung des 60. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag bei Vorliegen der nachfolgenden Kriterien in dem dort genannten zeitlichen Umfang bei fortbestehendem Versicherungsschutz beitragsfrei gestellt.

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer

- keiner bezahlten Vollbeschäftigung (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) nachgehen,
- beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind,
- Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen

und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit

- mindestens 24 Monate ununterbrochen sozialversicherungspflichtig vollbeschäftigt (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) und

- bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und
- ist der Beitrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt,

so wird der Versicherungsvertrag ab der der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 12 Monate beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie während dieser 12 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags gilt insgesamt jedoch für maximal 12 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (zum Beispiel durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann nur einmal während der Vertragslaufzeit/Wirksamkeit dieses Vertrags in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen. Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in B2 geregelt.

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

- B6-1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- B6-2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- B6-3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.
- B6-4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
– Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
– anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.
Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- B6-5 Wir sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.
Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.
- B6-6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in B6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

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

B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
- Bei Kapitalsofortleistungen der Nachweis der gesundheitlich Beeinträchtigung durch ein ärztliches Attest.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach B6.

Angemessene ärztliche Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

B8-2 Fälligkeit der Leistung

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

B8-3 Vorschüsse

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

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

B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag nicht zurück.

Teil B: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Interlloyd-Unfallschutz Protect Plus (AVBU Protect Plus 2022)

Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeine Vertragsbedingungen“ (siehe Teil A).

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

- B1-1 Grundsatz
- B1-2 Geltungsbereich
- B1-3 Unfallbegriff
- B1-4 Erweiterter Unfallbegriff
- B1-5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

- B2-1 Invaliditätsleistung
- B2-2 Unfallrente
- B2-3 Übergangsleistung
- B2-4 Tagegeld
- B2-5 Krankenhaustage- und Genesungsgeld
- B2-6 Todesfallleistung
- B2-7 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart –
- B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen
- B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrisse (sofern vereinbart)
- B2-10 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten
- B2-11 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager
- B2-12 Subsidiarität

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

- B3-1 Krankheiten und Gebrechen
- B3-2 Mitwirkung

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- B4-1 Umstellung des Kindertarifs
- B4-2 Umstellung des Erwachsenentarifs
- B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommender Personen

- B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung
- B5-2 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung
- B5-3 Dauer der Vorsorgeversicherung

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

- B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht
- B8-2 Fälligkeit der Leistung
- B8-3 Vorschüsse
- B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Abschnitt B1:

Was ist versichert?

B1-1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

B1-2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

B1-3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

B1-4 Erweiterter Unfallbegriff

B1-4.1 Erhöhter Kraftanstrengungen oder Eigenbewegung

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung ist eine willentliche oder reflexgesteuerte Bewegung der Skelettmuskulatur, bei der es nicht auf einen über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgehende Muskeleinsatz ankommt.

Als Unfall gilt, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder natürliche Eigenbewegung

- eine Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- eine Verrenkung des Gelenks,
- eine Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- einen Bauch- oder Unterleibsbruch,
- eine Fraktur eines Knochens,

verursacht wurde

Diese Erweiterung gilt nicht für Verletzungen oder Schädigungen an Bandscheiben. Sie sind weder Muskeln, Sehnen, Knochen, Bändern noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

B1-4.2 Oberschenkelhals- oder Armfrakturen

Eine Oberschenkelhals- oder Armfraktur gelten bereits ab Diagnosestellung ohne dass ein Unfallereignis vorliegen muss als Unfall.

B1-4.3 Vergiftungen

B1-4.3.1 Vergiftungen durch gasförmige Stoffe oder Stäube

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube, wenn die versicherte Person den Einwirkungen unentrinnbar oder unbewusst und dauerhaft ausgesetzt war. Dauerhaft ist eine Einwirkung dann, wenn diese – auch mit Unterbrechungen – nicht mehr als sieben Tage anhält.

B1-4.3.2 Vergiftungen durch Nahrungsmittel und der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Versichert sind Gesundheitsschäden durch

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel
- Vergiftungen durch Pflanzen
- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken bis zum Ablauf des Versicherungsjahres (A1-5), in dem die versicherte Person das 14. Lebensjahr vollendet hat.

B1-4.4 Tauchtypischen Gesundheitsschäden

Tauchtypischen Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) bzw. eine Trommelfellverletzungen gelten als versicherter Unfall, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer zur Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

B1-4.5 Gesundheitsschäden durch Witterung- und Umwelteinflüsse

Als Unfall gelten unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch

- durch Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen

B1-4.6 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel, Medikamente oder Atemluft

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von

- Flüssigkeit oder
- Nahrungsmitteln
- ärztlich verordneten Medikamenten, soweit keine Einnahmemöglichkeit besteht
- Atemluft

Voraussetzung: Die versicherte Person war dem Entzug plötzlich und unverschuldet ausgesetzt. Zudem konnte sie sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen. Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aufgrund äußerer Umstände in eine Notlage geraten ist.

B1-4.7 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von

- Personen oder
- Tieren oder
- Sachen

bewusst in Kauf nimmt.

B1-4.8 Gesundheitsschäden durch Allergische Reaktionen zum Beispiel aufgrund einer Nahrungsmittelallergie oder infolge von Stiche- oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die durch eine allergische Reaktion infolge

- der Einnahme von Nahrungsmitteln,
 - von Insektenstichen und -bissen
- aufgetreten sind.

B1-4.9 Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Mitversichert sind Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung durch

- den Konsum von Alkohol. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,3 Promille beträgt
- Einnahme von (ärztlich verordneten) Medikamenten
- unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmitteln zum Beispiel K.o.-Tropfen
- einen Schlaganfall oder Herzinfarkt
- Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Schlafwandel, Erschrecken

B1-4.10 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

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

B1-4.11 Unfälle in Verbindung mit Kriegseignissen, Terroranschläge und innere Unruhen

Mitversichert sind Unfälle in Verbindung mit

- überraschenden Kriegseignissen (nach Einreise oder eines Aufenthalts)
- Terroranschläge außerhalb des Kriegsgebiets
- innere Unruhen (sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter – also in Ausübung einer Straftat – daran teilgenommen hat)

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

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch aktive Teilnahme an Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen.

B1-4.12 Unfälle in Verbindung mit Luft- und Raumfahrzeugen

Versichert sind Unfälle mit Luft- und Raumfahrzeugen

- als Passagier,
- als Flugschüler bis zum Erwerb der nach deutschem Recht erforderliche Erlaubnis.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts. zum Beispiel als Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger,
- bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, zum Beispiel als Rettungsarzt und -sanitäter,
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs.

Kiteboards gelten nicht als Luftsportgerät. Unfälle beim Kitesurfing sind somit versichert.

B1-4.13 Unfälle in Verbindung mit Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse an

- Rennen mit Freizeitcharakter auf öffentlichen Kartbahnen in Europa mit Leih- oder Mietkarts und soweit die Person kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.
- Motorsportveranstaltung, wie zum Beispiel Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, auf denen es nicht um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Fahrsicherheitstrainings zur Verbesserung der Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehr.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen einschließlich der Trainingsfahrten, auf denen es – auch teilweise – auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

B1-4.14 Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen

Versichert sind Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, soweit diese Gesundheitsschäden

- überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis nach B1-1 verursacht wurde und
- für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Ausgeschlossen bleiben Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, die nicht auf ein versichertes Unfallereignis zurückzuführen sind.

B1-4.15 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. Nicht versichert sind Strahlen die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen.

Versichert sind zum Beispiel Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder ultraviolette Strahlen (künstlich oder natürliche erzeugte UV-Strahlen entstanden sind).

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen

- soweit diese im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen,
- soweit diese als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten,
- sowie Berufs- und Gewerkrankheiten.

B1-4.16 Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe.

Versichert sind Heilmaßnahmen im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis. Ausgeschlossen bleiben sonstige nicht unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe.

Unter diesen Ausschluss fallen jedoch nicht Gesundheitsschäden durch Schneiden von Nägeln.

B1-4.17 Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Schutzimpfungen

B1-4.17.1 Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (B1-4.16) infiziert hat;
- mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Stiche oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere oder von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Encephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

B1-4.17.2 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder 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 – 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.

Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland. Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

B1-4.17.3 Abweichend von B1-1 (Unfallereignis) beginnt die dort genannte Frist bei den

- bei Infektionen erst mit dem Tag der Diagnose durch einen Arzt.
- bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung durch einen Arzt.

Der Versicherungsschutz für die Infektionen nachbeginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Für Impfschäden nach B1-4.17.2 besteht keine Wartezeit.

B1-4.18 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnanorganische Schädigung zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen bleiben alle andere krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers nach einer Straftat.

B1-5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (B3).

Abschnitt B2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

B2-1 Invaliditätsleistung

B2-1.1 Voraussetzungen für die Leistung

B2-1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

B2-1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

B2-1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (B2-2.6), soweit diese vereinbart ist.

B2-1.2 Art und Höhe der Leistung

B2-1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

B2-1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (B2-1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (B2-1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (B7-4).

B2-1.2.2.1 Gliedertaxe

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

Protect Plus		
Arm	Arm	75 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	Hand	70 %
	Daumen	30 %
	Zeigefinger	15 %
	Anderer Finger	5 %
	Sämtliche Finger einer Hand	55 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
	Bein bis unterhalb des Knies	60 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	Fuß	60 %
	Große Zehe	10 %
	Andere Zehe	2 %
Sinne	Auge	65 %
	– Falls ein Auge bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	—
	Gehör auf einem Ohr	40 %
	– Falls ein Gehör bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	—
	Geruchssinn	10 %

Protect Plus		
	Geschmackssinn	5 %
	Sprachvermögen	100 %
Organe	Eine Niere	individuell
	– Verlust beider Nieren bei einem Unfallereignis	individuell
	– Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	Individuell
	Magen	Individuell
	– Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	Individuell
	Milz	Individuell
	– Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahr	individuell
	Gallenblase	individuell
	Ein Lungenflügel	individuell

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

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

B2-1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

B2-1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach der vereinbarten Gliedertaxe (B2-1.2.2.1) und nach B2-1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad nach der Gliedertaxe zum Beispiel 80 Prozent.

War dieses Bein schon vor dem Unfall um 10 Prozent in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 Prozent (10 Prozent von 80 Prozent). Diese 8 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 Prozent.

B2-1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein.

Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

B2-1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (B2-1.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach B2-1.1 sind erfüllt.

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

B2-1.3 Progressive Invaliditätsleistungen (soweit vereinbart)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird B2-1.2.1, B2-1.2.2 und B3 ermittelt. In den „Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen“ finden Sie die Auswirkungen der progressiven Invaliditätsstaffel auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung.

B2-1.3.1 Progressive Invaliditätsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das zweifache der vereinbarten Invaliditätssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.2 Progressive Invaliditätsleistung bis 350 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das dreifache der vereinbarten Invaliditätssumme.

- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das fünffache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-1.3.3 Progressive Invaliditätsleistung bis 500 Prozent der Versicherungssumme

Ergänzend zu B2-1.2.1 gilt:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir das vierfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir das sechsfache der vereinbarten Invaliditätssumme.
- c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir das neunfache der vereinbarten Invaliditätssumme.

B2-2 Unfallrente

B2-2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten B2-1.1 und B2-1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt B2-1.2.3.

B2-2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-2.2.1 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach B8-4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-2.2.2 Beendigung der Unfallrente bei Eintritt des Leistungsfalls | Fortführung nach Neubemessung

Mit Feststellung des Rentenanspruchs endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente, ohne dass es eine besondere Kündigung bedarf.

Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person bleibt unverändert bestehen. Ihr Recht zur Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall nach A1-3 gilt weiter.

Ergibt die Neubemessung nach B8-4 einen unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 50 Prozent, können Sie erneut Versicherungsschutz bei uns beantragen.

B2-3 Übergangsleistung

B2-3.1 Leistung bei dauerhafter Beeinträchtigung für drei oder sechs Monate

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich,
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen,
- für sechs Monate zu mindestens 50 Prozent oder für drei Monate zu 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei bzw. mehr als sechs Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb des vierten oder siebten Monats nach dem Unfall bei uns durch Vorlage eines ärztlichen Attests geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei oder sechs Monaten ausgehen.

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

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-3.2 Leistung bei schweren Unfallverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unten genannten Verletzungen, wird abweichend von B2-3.1 die vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung sofort fällig.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-3.2.1 Schwere Verletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche

- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-3.2.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- oder Wadenbein)
- Kniescheibe
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-3.3 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-4 Tagegeld

B2-4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

B2-4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

B2-5 Krankenhaustage- und Genesungsgeld

B2-5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- a) ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- b) unterzieht sich unfallbedingt zur Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus einer ambulanten Operation oder
- c) unterzieht sich aufgrund einer unfallbedingten Knochenfraktur einer medizinischen Versorgung, soweit aus medizinischer Sicht eine ambulante chirurgische Operation nicht notwendig ist.

Die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bitte reichen Sie uns alle Nachweise ein.

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

B2-5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- a) für jeden Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.1 a), mindestens für sieben Tage, längstens für 1.825 Tage ab Tag des Unfalls,
- b) für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen nach B2-5.1 b),
- c) für drei Tage bei einer ambulanten medizinischen Versorgung einer Knochenfraktur nach B2-5.1 c).

Die Leistungen nach b) oder c) werden jeweils auf die Leistung nach a) angerechnet, soweit zum Beispiel aufgrund des Heilungsverlaufs nach einer medizinischen Versorgung eine ambulante chirurgische Operation oder eine vollstationäre Heilbehandlung notwendig wird.

B2-5.3 Mehrleistungen bei einem Unfall im Ausland

Bei einem Unfall im Ausland und einer ebenfalls im Ausland durchgeführten

- medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.2a) oder
- ambulanten chirurgischen Operation nach B2-5.2 b)

zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe. Die Mehrleistung gilt unbegrenzt für jeden Tag soweit Sie die Leistung im Ausland in Anspruch nehmen. Die Mehrleistung gilt nicht für das Genesungsgeld (B2-5.4).

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person im Ausland keinen Wohnsitz haben.

Beispiel: Die versicherte muss sich im Ausland einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung unterziehen. Wir zahlen Ihnen für die jeden Tag das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Wenn die versicherte Person nach Ablauf von zehn Tagen ihre Heilbehandlung im Inland fortsetzt, zahlen wir ab dem elften Tag das vereinbarte Krankenhaustagegeld weiter. Die vereinbarte Mindestleistung bei einer vollstationären Heilbehandlung oder bei einer ambulanten chirurgischen Operation für sieben Tage erhalten Sie immer in doppelter Höhe.

B2-5.4 Genesungsgeld

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 730 Tage. Der Anspruch auf das Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person während der vollstationären Heilbehandlung verstorben ist.

Voraussetzung:

Die versicherte Person hatte Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld aufgrund

- einer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung nach B2-5.1 a) oder
- einer ambulanten Operation nach B2-5.2 b).

B2-6 Todesfalleistung

B2-6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Die Voraussetzung für die unfallbedingte Todesfall-Leistung gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück)
- § 6 (Luftfahrzeugunfälle) oder
- § 7 (sonstiger Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

Ein Anspruch auf die Todesfall-Leistung besteht erst ab dem nach § 9 (2) oder (3) des Verschollenheitsgesetzes festgestellten Zeitpunkt des Todes.

Bitte beachten Sie die Verhaltensregeln nach B6.

B2-6.2 Art und Höhe der Leistung

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

B2-7 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.

B2-8 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Die Kapitalsofortleistung bei Unfallverletzungen wird bei folgenden unfallbedingten Verletzungen fällig: Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

B2-8.1 Schwere Unfallverletzungen

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche
- Augenverletzung
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 Prozent
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge

B2-8.2 Schwere Mehrfachverletzungen (Polytrauma)

a) Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lungen
- Leber
- Milz
- Nieren

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebeerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

b) Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle oder Speiche)
- Handwurzelknochen
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- oder Wadenbein)
- Kniegelenk
- Fußwurzelknochen
- Wirbelkörper
- Beckenring

c) Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs a) und der Fraktur eines Knochen nach b).

B2-8.3 Einfache Verletzungen (mit reduzierter Kapitalleistung)

- Oberschenkelhalsfraktur: 30 Prozent der vereinbarten Kapitalleistung
- Einfache Fraktur eines Knochens; 5 Prozent der vereinbarten Kapitalleistung
- Bänderriss: 5 Prozent der vereinbarten Kapitalleistung

B2-8.4 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-9 Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrissen (sofern vereinbart)

Führt der Unfall bei der versicherten Person

- zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen) oder
- zu einem Bänderriss

zahlen wir eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 300 Euro.

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.

Diese Leistung nimmt an einer vereinbarten Erhöhung der Versicherungssummen (Summendynamik) nach A2-6 nicht teil.

B2-10 Beitragsfrei mitversicherte unfallbedingte Kosten

Nach einem Unfallereignis (B1-1) zahlen wir die nachfolgenden unfallbedingten Kosten.

Voraussetzung ist,

- Die Kosten werden von Ihnen nachgewiesen und
- sind nicht willkürlich.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, nicht zum Ersatz der Kosten verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht ganz oder teilweise bestreitet.

Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, können Sie von uns die volle oder die teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung ist, dass Sie für die Nicht- oder Minderleistung des Dritten nicht verantwortlich sind.

Es werden nur aus einem Vertrag Zahlungen geleistet, auch wenn die versicherte Person mehrere Verträge bei uns besitzt.

B2-10.1 Höchstentschädigungssumme für alle unfallbedingte Kosten

Die nachfolgenden Leistungen nach B2-10.1 bis B2-10.3 sind insgesamt je Unfallereignis auf 25.000 Euro begrenzt, soweit in den jeweiligen Bestimmungen nicht etwas anders vereinbart ist.

B2-10.2 Kosten für kosmetische Operationen

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 23. Lebensjahres.

Wir erstatten wir auch die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide-, Eck- und Backenzähnen.

Nicht übernommen werden die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate. Nicht ersetzt werden die Kosten für unfallbedingt beschädigte oder zerstörte Brustimplantate.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

bis zur Höhe der in Deutschland nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) festgesetzten Grenzen. Dies gilt auch für in Ausland erbrachte Leistungen.

B2-10.3 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze, sowie Kosten für den Rücktransport

Wir erstatten für die versicherte Person nachfolgend unfallbedingt entstandenen Kosten und Mehraufwendungen:

B2-10.3.1 Kosten für den Such-, Bergungs- oder Rettungseinsatz von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

B2-10.3.2 Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person vom Unfallort zum Krankenhaus, Spezialklinik oder zur Druckkammer. Wir erstatten auch die notwendigen Therapiekosten für eine Druckkammerbehandlung.

B2-10.3.3 Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung aus dem Ausland) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes.

Diese Kosten zahlen wir auch dann, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, aber aufgrund des Verletzungsbilds mit einer nachweislich besseren ärztlichen Versorgung zu rechnen ist.

Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.

B2-10.3.4 Mehraufwendungen für die Rückreise der verletzten versicherten Person nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung zum ständigen Wohnsitz.

Wir erstatten

- die Rückfahrtskosten bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Liniensflugs in der Economy Class,
- die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten bis zu 100 Euro,
- die notwendige Übernachtungskosten bis zur Rückfahrt für höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.

B2-10.3.5 Überführungs- und Bestattungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen

Wir erstatten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen

- die Überführungskosten aus dem In- oder Ausland bis zum letzten ständigen Wohnsitz bzw. wahlweise
- die angemessenen Bestattungskosten im Ausland nach Abstimmung mit den Angehörigen.

Auf Wunsch der Angehörigen organisieren wir die Überführung zum letzten Wohnsitz oder die Bestattung im Ausland.

B2-11 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager

B2-11.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall nach B1-3 oder B1-4 erlitten.

Eine Leistungsanspruch besteht, wenn

- nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu einer dauerhaften Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent nach B2-1.2,
- eine schwere Unfallverletzung nach B2-3.2, vorliegt.

B2-11.2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person nach einem Unfall, 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 fachkundiger Dienstleister sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Wir sind für die Leistung des Dienstleisters nicht verantwortlich.

Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise

- qualifizierten Rehabilitationsberatern,
- Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnsitznähe,
- Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen,
- Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.

B2-11.3 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 Hilfs- und Pflegeleistungen aus dem Unfall-Schutzbrief nach Teil C durch.

B2-11.4 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).

B2-11.5 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.

B2-11.6 Soziale Rehabilitation

Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte beispielsweise zu

- 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.

B2-11.7 Weitere Leistungen bei Personen 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.

B2-11.8 Dauer der Leistung/Leistungsort

Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.

B2-11.9 Entschädigungsgrenze

Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 10.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

B2-12 Subsidiarität

Voraussetzung für die Erstattung der Leistung nach B2-10 bis B2-11 ist, dass ein Dritter (zum Beispiel Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Erstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Abschnitt B3

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

B3-2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

B3-2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

B3-2.2 Anrechnung mitwirkender Krankheiten oder Gebrechen

- a) Bei versicherten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 75 Prozent beträgt;

- b) Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahrs, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 75 Prozent beträgt;
- c) Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahrs, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent beträgt;
- d) Bei versicherten Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahrs, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent beträgt.

Abweichend von c) erfolgt die Anrechnung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 Prozent, wenn die betroffene versicherte Person an Hämophilie (Bluterkrankheit), Multiple Sklerose, Parkinson oder Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit) erkrankt ist.

Abschnitt B4

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

B4-1 Umstellung des Kindertarifs

B4-1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (A1-5), in dem das Kind das 18 Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

B4-1.2 Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-1.3 Ergänzend zum Wahlrecht (B4-1.2) können Sie jederzeit

- eine Reduzierung oder Erhöhung der bisher vereinbarten Versicherungssummen im Rahmen der beim Abschluss des Vertrags gültigen Höchstversicherungssummen
- und/oder
- die bisher vereinbarten Leistungsarten abwählen bzw. den Versicherungsschutz nach ihrem Versicherungsbedarf im Rahmen der in diesem Vertrag möglichen abschließbaren Leistungsarten anpassen.

B4-2 Umstellung des Erwachsenentarif

B4-2.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das

- 55. Lebensjahr;
- 67. Lebensjahr;
- 75. Lebensjahr

vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Alterungstarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

B4-3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

B4-3.1 Mitteilung der Änderung

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

B4-3.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

B4-3.3 Regelung bei nicht versicherbaren Berufen

Fällt die angezeigte neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die in den Tarifrichtlinien unter 4.3 aufgeführten „nicht versicherbaren Berufe“ gelten nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung für Berufsunfälle nur 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssummen.

B4-3.4 Versehentliche Nichtanzeige eines Berufswechsels (Versehensklausel)

Unsere Leistungspflicht wird durch ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit nicht beeinträchtigt, wenn

- Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich um ein Versehen handelte und
- die Anzeige über den Wechsel des Berufs unverzüglich nachgeholt wird.

Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich. Sie gilt ab dem Zeitpunkt der beruflichen Veränderung.

Abschnitt B5

Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommender Personen

B5-1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben folgende nach Beginn der Versicherung bzw. während eines laufenden Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen:

- a) Eheliche, eingetragene oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - standesamtlichen Eheschließung oder
 - Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
 - behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.
- b) Leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - Geburt oder
 - Adoption oder
 - behördlichen Meldung des Kindes am gemeinsamen Wohnsitz.

B5-2 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Soweit ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditätsleistung bis zu 50.000 Euro
- Todesfall-Leistung bis zu 10.000 Euro

Vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen bleiben bei der Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Bestehen für die hinzukommenden Personen bereits eigene Unfallversicherungen bei uns, gilt die Leistung aus der Vorsorgeversicherung zusätzlich.

B5-3 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung der unter B5 genannten Personen endet zum Ablauf des übernächsten Versicherungsjahres.

Abschnitt B6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in B2 geregelt.

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

- B6-1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- B6-2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- B6-3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.
- B6-4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
 - Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

B6-5 Wir sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.
Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt

B6-6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 8 Wochen zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Abschnitt B7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in B6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Abschnitt B8

Wann sind die Leistungen fällig?

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

B8-1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
- Bei Kapitalsofortleistungen der Nachweis der gesundheitlich Beeinträchtigung durch ein ärztliches Attest.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach B6.

Angemessene ärztliche Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

B8-2 Fälligkeit der Leistung

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

B8-3 Vorschüsse

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

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

B8-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen

Auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung wird sich die Vereinbarung einer progressiven Invaliditätsleistung (B2-1.3) im Einzelnen wie folgt aus:

Progressionstabelle 225 Prozent

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme 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

Progressionstabelle 350 Prozent

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme 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

Progressionstabelle 500 Prozent

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme 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	221	80	320	95	455
36	69	51	131	66	227	81	329	96	464
37	73	52	137	67	233	82	347	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

Teil C: Interlloyd Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2022) Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus

Sie haben mit uns einen Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus abgeschlossen (siehe Versicherungsschein). Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeine Vertragsbedingungen“ (siehe Teil A).

Wann leisten wir?

Wir bieten Hilfeleistung, falls vereinbart, bei:

- Unfällen nach C1-1 und C1-2,
- ambulanten Operationen und vollstationären Krankenhausaufenthalten nach C1-3,
- ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Tagen nach C1-4 und
- besonderen Ereignissen nach C1-5.

Abschnitt C1:

Was ist versichert?

- C1-1 Hilfeleistungen bei Unfällen
C1-2 Erweiterter Unfallbegriff
C1-3 Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten
C1-4 Alltagshelfer Plus: Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen
C1-5 Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: Leistung bei besonderen Ereignissen

Abschnitt C2

In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?

- C2-1 Voraussetzung für die Leistungen
C2-2 Dauer der Leistungen
C2-3 Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen?

Abschnitt C3

Welche Leistungen sind versichert?

- C3-1 Täglicher Menüservice
C3-2 Einkaufsdienst
C3-3 Versorgung der Wäsche
C3-4 Reinigung der Wohnung
C3-5 Installation einer Hausnotrufanlage
C3-6 Begleitung zu Arzt- und Behördengängen
C3-7 Fahrdienst zur Krankengymnastik und zu Therapien
C3-8 Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis
C3-9 Pflegeleistungen
C3-10 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades
C3-11 Alltagshelfer Plus: Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag nach C1-4.3

Abschnitt C4

Weitere versicherte Kosten

- C4-1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten
C4-2 Soforthilfe weltweit nach einem Unfall
C4-3 Kinderbetreuung
C4-4 Fahrdienste für Kinder
C4-5 Nachhilfestunden
C4-6 Kosten für Krankenbesuche versicherter Kinder

- C4-7 Rooming-in-Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)
C4-8 Haustierunterbringung/Haustierbetreuung
C4-9 Winter-/Streudienst
C4-10 Gartenpflege
C4-11 Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten
C4-12 Briefkastenleerung
C4-13 Psychologische telefonische Hilfe
C4-14 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs
C4-15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall
C4-16 Transportkosten nach einem Unfall
C4-17 Krankenrücktransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz nach einem Unfall
C4-18 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz nach einem Unfall
C4-19 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen nach einem Unfall
C4-20 Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren nach einem Unfall
C4-21 Bergungskosten nach einem Unfall
C4-22 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland nach einem Unfall
C4-23 Arzneimittelversand nach einem Unfall
C4-24 Brillenversand nach einem Unfall
C4-25 Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland nach einem Unfall

Abschnitt C5

Reha-Manager

- C5-1 Voraussetzung für die Leistung
C5-2 Art der Leistung
C5-3 Dauer der Leistung/Leistungsort
C5-4 Entschädigungsgrenze

Abschnitt C6

Weitere Serviceleistungen

- C6-1 Nennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)
C6-2 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung
C6-3 Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes

- C6-4 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt
- C6-5 Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen
- C6-6 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

- C7-3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit
- C7-4 Anzeigepflicht
- C7-5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstausfalls)
- C7-6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft

Abschnitt C7

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

- C7-1 Unverzügliches Hinzuziehen eines Arztes
- C7-2 Unverzügliche Abgabe einer wahrheitsgemäßen Unfallanzeige und von Informationen zum Gesundheitszustand

Abschnitt C8

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Abschnitt C1:

Was ist versichert?

C1-1 Hilfeleistungen bei Unfällen

Wir bieten die vereinbarten Hilfeleistungen bei Unfällen der versicherten Person.

C1-1.1 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

C1-2 Erweiterter Unfallbegriff

C1-2.1 Erhöhter Kraftanstrengungen oder Eigenbewegung

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung ist eine willentliche oder reflexgesteuerte Bewegung der Skelettmuskulatur, bei der es nicht auf einen über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgehende Muskeleinsatz ankommt.

Als Unfall gilt, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder natürliche Eigenbewegung

- eine Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
 - eine Verrenkung des Gelenks,
 - eine Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
 - einen Bauch- oder Unterleibsbruch,
 - eine Fraktur eines Knochens,
- verursacht wurde.

Diese Erweiterung gilt nicht für Verletzungen oder Schädigungen an Bandscheiben. Sie sind weder Muskeln, Sehnen, Knochen, Bändern noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von einem Unfallereignis – eine Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur erleidet.

C1-2.2 Oberschenkelhals- oder Armfrakturen

Eine Oberschenkelhals- oder Armfraktur gelten bereits ab Diagnosestellung ohne dass ein Unfallereignis vorliegen muss als Unfall.

C1-2.3 Vergiftungen

C1-2.3.1 Vergiftungen durch gasförmige Stoffe oder Stäube

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube, wenn die versicherte Person den Einwirkungen unentrinnbar oder unbewusst und dauerhaft ausgesetzt war. Dauerhaft ist eine Einwirkung dann, wenn diese – auch mit Unterbrechungen – nicht mehr als sieben Tage anhält.

C1-2.3.2 Vergiftungen durch Nahrungsmittel und der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Versichert sind Gesundheitsschäden durch

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel
- Vergiftungen durch Pflanzen
- Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken bis zum Ablauf des Versicherungsjahres(A1-5), in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

C1-2.4 Tauchtypischen Gesundheitsschäden

Tauchtypischen Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) bzw. eine Trommelfellverletzungen gelten als versicherter Unfall, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer zur Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

C1-2.5 Höhenkrankheit

Ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss, gelten Gesundheitsschäden durch eine Höhenkrankheit zum Beispiel durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) als versicherter Unfall.

Kosten für den Transport zur bzw. für die Behandlung und Therapie in einer Druckkammer erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-2.12.3.2.

C1-2.6 Gesundheitsschäden durch Witterung- und Umwelteinflüsse

Als Unfall gelten auch unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch

- durch Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen,
- durch Sonnenstich,
- durch Hitzschlag.

C1-2.7 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel, Medikamente oder Atemluft

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von

- Flüssigkeit oder
- Nahrungsmitteln,
- ärztlich verordneten Medikamenten, soweit keine Einnahmemöglichkeit besteht,
- Atemluft.

Voraussetzung: Die versicherte Person war dem Entzug plötzlich und unverschuldet ausgesetzt. Zudem konnte sie sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen. Weiter Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aufgrund äußere Umstände in eine Notlage geraten ist.

C1-2.8 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von

- Personen oder
- Tieren oder
- Sachen

bewusst in Kauf nimmt.

C1-2.9 Gesundheitsschäden durch Allergische Reaktionen zum Beispiel aufgrund einer Nahrungsmittelallergie oder infolge von Stiche oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die durch eine allergische Reaktion infolge

- der Einnahme von Nahrungsmitteln,
- von Insektenstichen und -bissen

aufgetreten sind.

C1-2.10 Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Mitversichert sind Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung durch

- den Konsum von Alkohol. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,6 Promille beträgt.
- Einnahme von (ärztlich verordneten) Medikamenten
- unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmittel zum Beispiel K.o.-Tropfen
- Hitzebedingte Reaktionen
- einen Schlaganfall oder Herzinfarkt
- Übermüdung, Schlaftrunkenheit, Schlafwandel, Erschrecken
- epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall
- Unterzuckerung (Zuckerschok)
- sonstige Herz- und Kreislaufstörungen zum Beispiel Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope)

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den eigentlichen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert

C1-2.11 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

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

Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedarf, besteht jedoch Versicherungsschutz

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein,
- bei der Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die versicherte Person sich nicht erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft und mit dem Fahrzeug oder mit dem Feuerwerkskörper keine weiteren Straftaten begangen hat oder versucht wurden.

C1-2.12 Unfälle in Verbindung mit Kriegsereignissen, Terroranschläge und innere Unruhen

Mitversichert sind Unfälle in Verbindung mit

- überraschenden Kriegsereignissen (nach Einreise oder eines Aufenthalts)
- Terroranschläge außerhalb des Kriegsgebiets
- innere Unruhen (sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter – also in Ausübung einer Straftat daran teilgenommen hat)

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

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch aktive Teilnahme an Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen.

C1-2.13 Unfälle in Verbindung mit Luft- und Raumfahrzeugen

Versichert sind Unfälle mit Luft- und Raumfahrzeugen

- als Passagier,
- als Flugschüler bis zum Erwerb der nach deutschem Recht erforderliche Erlaubnis,
- bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zum Beispiel als Rettungsarzt und -sanitäter.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts. zum Beispiel als Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflierer
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs

Kiteboards gelten nicht als Luftsportgerät. Unfälle beim Kitesurfing sind somit versichert.

C1-2.14 Unfälle in Verbindung mit Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen

Versichert sind Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse an

- Rennen mit Freizeitcharakter auf öffentlichen Kartbahnen in Europa mit Leih- oder Mietkarts und soweit die Person kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist.
- Motorsportveranstaltung, wie zum Beispiel Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, auf denen es nicht um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Fahrsicherheitstrainings zur Verbesserung der Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehr.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen einschließlich der Trainingsfahrten auf denen es – auch teilweise – auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

C1-2.15 Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen

Versichert sind Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, soweit diese Gesundheitsschäden

- überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis nach B1-1 verursacht wurde und
- für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Ausgeschlossen bleiben Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, die nicht auf ein versichertes Unfallereignis zurückzuführen sind.

Bei versicherten Personen, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Gesundheitsschäden durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen mitversichert, ohne dass ein Unfallereignis B1-1 vorliegt.

C1-2.16 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Strahlen. Nicht versichert sind Strahlen die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen.

Versichert sind zum Beispiel Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maser- oder ultraviolette Strahlen (künstlich oder natürliche erzeugte UV-Strahlen entstanden sind).

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen

- soweit diese im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen,
- soweit diese als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten,
- sowie Berufs- und Gewerkrankheiten.

C1-2.17 Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe.

Versichert sind Heilmaßnahmen im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignisses. Ausgeschlossen bleiben sonstige nicht unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe.

Unter diesen Ausschluss fallen jedoch nicht Gesundheitsschäden durch Schneiden von Nägeln.

C1-2.18 Gesundheitsschäden durch Infektionen oder Schutzimpfungen

C1-2.18.1 Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (B1-4.17) infiziert hat;
- mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Stiche oder Bisse durch Insekten oder Spinnentiere oder von sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Encephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.
- Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch ausschließlich von folgenden ausschließlich von 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.

C1-2.18.2 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder 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 – 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.
Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland. Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

C1-2.18.3 Abweichend von B1-1 (Unfallereignis) beginnt die dort genannte Frist bei den
– bei Infektionen erst mit dem Tag der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.
– bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung durch einen Arzt.
Der Versicherungsschutz für die Infektionen nachbeginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Für Impfschäden nach B1-4.18.2 besteht keine Wartezeit.

C1-2.19 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnanorganische Schädigung zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen bleiben alle andere krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

C1-3 Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: 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.

Eine ambulante Operation die der Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus.

Ein Anspruch auf Leistung besteht für die versicherte Person bei jeder innerhalb Deutschlands

- durchgeführten ambulanten Operation oder
- Geburt oder
- jedem vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte C2 und C3.

Ausnahme: Bei mehreren Operationen oder Krankenhausaufenthalten aufgrund der gleichen Erstdiagnosen begrenzt sich die Leistungsdauer auf die unter C2-2 genannte Höchstdauer.

Erfolgt die ambulante Operation oder der vollstationäre Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls nach C1-1, gelten für die von uns zu erbringenden Leistungen die Vereinbarungen für ein Unfallereignis.

Ausnahme zu A1-1: Es gilt eine Wartezeit von einem Monat.

C1-4 Alltagshelfer Plus: Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen

Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer Plus vereinbart haben, leisten wir bei einer Erkrankung mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens acht Kalendertagen. Voraussetzung: Die Arbeitsunfähigkeit wurde in Deutschland ärztlich bestätigt. Geht die versicherte Person keiner beruflichen Tätigkeit nach, leisten wir auch, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit bei Ausübung einer gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens nach ärztlicher Feststellung vergleichbar eingeschränkt ist.

Unsere Leistungspflicht besteht erst dann, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn die acht Kalendertage erst durch eine Folgebescheinigung erreicht werden.

Ist die Arbeitsunfähigkeit

- durch ein Unfallereignis nach C1-1 verursacht oder
- Folge einer ambulanten Operation oder eines vollstationären Krankenhausaufenthalts nach C1-3 gelten für die Leistungen und insbesondere für die Leistungsdauer die Vereinbarungen für ein Unfallereignis bzw. für eine ambulante Operation oder einen vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte C2 und C3.

Ausnahme zu A1-1: Bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit gilt eine Wartezeit von einem Monat.

C1-5 Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: Leistung bei besonderen Ereignissen

Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer oder den Alltagshelfer Plus vereinbart haben, unterstützen wir Sie auch bei folgenden besonderen Ereignissen:

- C1-5.1 Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner.
Bei Geburt eines Kindes
- a) von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder
 - b) von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner erbringen wir für Sie und Ihren Lebenspartner folgende Leistungen:
 - täglicher Menüservice (C3-1)
 - Einkäufe und Besorgungen (C3-2)
 - Wäscheservice (C3-3)
 - Wohnungsreinigung (C3-4)
 - Kinder- und Haustierbetreuung (C4-3 und C4-8)
 - psychologische telefonische Hilfe (C4-13).
- 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 C1-3.
- C1-5.2 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 (C3-1)
 - Einkäufe und Besorgungen (C3-2)
 - Wäscheservice (C3-3)
 - Wohnungsreinigung (C3-4)
 - Kinder- und Haustierbetreuung (C4-3 und C4-8)
 - psychologische telefonische Hilfe (C4-13).
- Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.
- C1-5.3 Alltagshelfer Plus: 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) oder
 - den öffentlichen Kindertagesstätten oder
 - den Krankenhäusern oder
 - den Ärzten
- eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag, wenn für Sie durch den Streik nachweislich Mehrkosten entstehen. Für alle oben genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.
Ausnahme zu A1-1: Es gilt eine Wartezeit von einem Monat.

Abschnitt C2

In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?

Wir stellen in einem telefonischen oder persönlichen Erstgespräch

- den durch das leistungsauslösende Ereignis (C1-1 bis C1-4) entstandenen
- individuellen Bedarf an Leistungen
- aus der Art und dem Umfang Ihrer Hilfsbedürftigkeit

fest. Dieser Bedarf wird durch die in C3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

Ausnahme: Dies gilt nicht für die Aufwandsentschädigung aufgrund eines gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands nach C1-4.3. In diesem Fall genügt der Nachweis über die entstandenen Mehrkosten.

C2-1 Voraussetzung für die Leistungen

C2-1.1 Telefonische Meldung

Die versicherte Person, oder ein Anderer im Auftrag der versicherten Person, meldet uns den Versicherungsfall über das Notruftelefon mit der Interlloyd Telefonnummer: **+49 211 963-140685**.

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

C2-1.2 Anspruchsgrund

Die versicherte Person hat ein unter C1-1 bis C1-4 definiertes leistungsauslösendes Ereignis erlitten und ist infolgedessen hilfsbedürftig.
Definition „Hilfsbedürftigkeit“

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

C2-1.3 Weitere Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen finden Sie bei den jeweiligen Leistungsbeschreibungen.

C2-2 Dauer der Leistungen

Wenn in C3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die vereinbarten Leistungen

- a) bei einem Unfallereignis (C1-1) für die Dauer von maximal neun Monaten ab dem Datum des Unfallereignisses,
- b) bei einer ambulanten Operation (C1-3) 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 der ambulanten Operation,
- c) bei einer Geburt im Krankenhaus (C1-3) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
- d) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (C1-2) 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,
- e) bei Arbeitsunfähigkeit (C1-4) 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. Unsere Leistungspflicht besteht erst dann, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn die acht Kalendertage erst durch eine Folgebescheinigung erreicht werden.
- f) bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner (C1-5.1) oder im Todesfall einer mit Ihnen in Ihrem Haushalt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades oder Geschwister (C1-5.2) ab dem Geburts- bzw. Todesfall.

Die Hilfeleistung erbringen wir, solange die Voraussetzungen einer Hilfsbedürftigkeit nach C2-1.2 erfüllt sind, maximal für 14 Kalendertage.

Sollte sich nach Aufnahme der Leistung herausstellen, dass die Voraussetzung einer Hilfsbedürftigkeit nicht oder nicht mehr besteht, werden die Leistungen eingestellt.

C2-3 Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen?

Für die Leistungserfüllung beauftragen wir qualifizierte externe Dienstleister. Die Leistungen erfolgen ausschließlich in Deutschland. Ausnahme: In C3 wird etwas anderes vereinbart.

Abschnitt C3

Welche Leistungen sind versichert?

C3-1 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.

C3-2 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.

C3-3 Versorgung der Wäsche

Einmal pro Woche werden die notwendige Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt (trocknen, bügeln etc.).

C3-4 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: Die Räume waren vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

C3-5 Installation einer Hausnotrufanlage

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, soweit 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.

C3-6 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, soweit 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.
Die Begleitperson leistet keine fachliche und inhaltliche Unterstützung.

C3-7 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.

C3-8 Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis

Wir erbringen nach einem Unfall weitere von uns organisierte Hilfsleistungen, soweit diese

- notwendig und
- 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.

C3-9 Pflegeleistungen

C3-9.1 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, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.

C3-9.2 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.

C3-9.3 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.

C3-10 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades

C3-10.1 Voraussetzungen der Leistung

Wir erbringen die Pflegeleistungen im Umfang von C3-9 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, wenn die versicherte Person sie gepflegt hat und hierzu nicht mehr in der Lage ist. Voraussetzung:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für sie wurde ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) anerkannt.

C3-10.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen 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 nach C2-2.

Unsere Leistungen enden

- einen Monat nach Anerkennung des Pflegegrads im Sinn der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) für die versicherte Person oder
- mit dem Tod der versicherten Person.

Abschnitt C4

Weitere versicherte Kosten

C4-1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten

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

Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet die Leistung nach C4-2.

C4-2 Soforthilfe weltweit nach einem Unfall

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

Wir veranlassen bei unfallbedingten Verletzungen die zumutbaren und notwendigen Maßnahmen so schnell wie möglich. Die dadurch entstandenen Kosten tragen wir.

Voraussetzung:

- Die versicherte Person kommt wegen einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare Notlage,
- zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um
- erhebliche Nachteile für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden.

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

C4-3 Kinderbetreuung

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

- Wegbegleitung
- Hausaufgabenbetreuung
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Betreuung in der Freizeit
- Zubettbringen.

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

Voraussetzung: Eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder kann nicht anderweitig sichergestellt werden.

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

C4-4 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 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

C4-5 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.

C4-6 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 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

C4-7 Rooming-in-Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)

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

C4-8 Haustierunterbringung/Haustierbetreuung

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

Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten). Ausnahme: Hunde, die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als Listenhunde (Kampfhunde) eingestuft sind.

Voraussetzung:

- Das Haustier muss einen gültigen Impfpass besitzen (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen) und
- darf keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall haben.

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. Ausnahme: Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

C4-9 Winter-/Streudienst

Wir übernehmen, soweit 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 die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegen nicht uns.

Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind ausgeschlossen.

C4-10 Gartenpflege

Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am Wohnsitz der versicherten Person pflegen, wenn 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.

C4-11 Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten

Wir übernehmen, wenn 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 die Kosten für die Vermittlung und Organisation.

C4-12 Briefkastenleerung

Wir organisieren bzw. vermitteln und entschädigen Dienstleister, die den Briefkasten am Wohnsitz der versicherten Person einmal pro Woche leeren, wenn dies notwendig ist.

C4-13 Psychologische telefonische Hilfe

Wir vermitteln auf Anfrage eine 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 auf bis zu vier Personen begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.

C4-14 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir erstatten die nachgewiesenen Beratungskosten für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung und
- 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, soweit dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

C4-15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall

Wenn eine Reise durch einen notwendigen Krankenrücktransport der versicherten Person nach einem Unfall nach C1-1 abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn 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.

C4-16 Transportkosten nach einem Unfall

Erstattet werden nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, wenn dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.

C4-17 Krankenrücktransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz nach einem Unfall

Wir organisieren und erstatten nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, soweit 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.

C4-18 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz nach einem Unfall

Wir erstatten nach einem Unfall (C1-1) 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 Bahnkosten erster 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 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

C4-19 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen nach einem Unfall

Wir organisieren nach einem Unfall (C1-1) 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 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.

C4-20 Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren nach einem Unfall

Wir organisieren nach einem Unfall (C1-1) den außerplanmäßigen Transport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für den Transport.

C4-21 Bergungskosten nach einem Unfall

Erstattet werden nach einem Unfall (C1-1) 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.

C4-22 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland nach einem Unfall

Wir erstatten nach einem Unfall (C1-1) 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.

C4-23 Arzneimittelversand nach einem Unfall

Ist die versicherte Person nach einem Unfall (C1-1) 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.

C4-24 Brillenversand nach einem Unfall

Ist die versicherte Person nach einem Unfall (C1-1) 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.

C4-25 Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland nach einem Unfall

Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Unfallereignis (C1-1) pauschal 25 Euro.

Abschnitt C5

Reha-Manager

C5-1 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.

C5-2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person

- nach einem Unfall C1-1 oder
- nach einer ambulanten Operation oder bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt (C1-3) 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.

C5-2.1 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/Umbauen von Wohnungen, Häusern oder Kraftfahrzeugen,
- Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.

C5-2.2 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 Hilfs- und Pflegeleistungen durch.

C5-2.3 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).

C5-2.4 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.

C5-2.5 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.

C5-2.6 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.

C5-3 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.

C5-4 Entschädigungsgrenze

Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

Abschnitt C6 Weitere Serviceleistungen

Die nachfolgenden Serviceleistungen können Sie in Anspruch nehmen, auch wenn kein versichertes Ereignis nach den Ziffern C1-1 bis C1-5 vorliegt. Die Serviceleistung beschränkt sich auf die Nennung von Dienstleistern. Die Beauftragung des Dienstleisters bzw. die Kostenübernahme für die Dienstleistung erfolgt durch Sie bzw. haben Sie zu tragen, soweit nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart wurde.

C6-1 Nennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)

Wir nennen oder vermitteln auf Anfrage:

- Fachanwälte aus dem ARAG SE 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.

C6-2 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung

Wir informieren die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung im In- und Ausland.

C6-3 Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes

Wenn möglich, nennen wir einen Deutsch, Englisch oder Ihre Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland).
Die Beauftragung des Arztes müssen Sie selbst vornehmen.

C6-4 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt

Wir stellen, wenn erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her (In- und Ausland).

C6-5 Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige Personen der versicherten Person im In- und Ausland.

C6-6 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, wenn dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

Abschnitt C7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Person können wir unsere Leistungen nicht erbringen.

C7-1 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.

C7-2 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 Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.

C7-3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit

Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

C7-4 Anzeigepflicht

Die Anerkennung eines Pflegegrads sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) sind uns unverzüglich anzuzeigen.

C7-5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstaufschlags)

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

C7-6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft

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

Abschnitt C8

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach C7 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.

Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)

Für die Erbringung von Rechtsschutzleistungen bedienen wir uns der qualifizierten Dienstleistung der ARAG SE, ARAG-Platz 1 in 40427 Düsseldorf.

§ 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 bestimmter 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 Anhängern;
 - 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 Zahlungen 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.

Besondere Bedingungen für Heilberufe, Tierärzte, Chemiker und Desinfektoren

– 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 von B1-4 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 von B1-4 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 Infektionskrankheit (zum Beispiel 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 B2-1.2 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

Heilberufe		
Arm	Arm	100 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Hand	Hand	100 %
	Daumen	60 %
	Zeigefinger	60 %
	Anderer Finger	20 %
	Sämtliche Finger einer Hand	100 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis unterhalb des Knies	80 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %

Heilberufe		
Fuß	Fuß	70 %
	Große Zehe	20 %
	Andere Zehe	10 %
Sinne	Auge	80 %
	Gehör auf einem Ohr	50 %
	Gehör auf beiden Ohren	90 %
	Geruchssinn	20 %
	Geschmackssinn	20 %
	Sprachvermögen	100 %
	Eine Niere	25 %
	Verlust beider Nieren bei einem Unfallereignis	100 %
	Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %
Organe	Magen	20 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
	Milz	10 %
	Gallenblase	10 %
	Ein Lungenflügel	50 %

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

Für die Bemessung außerhalb der Gliedertaxe gilt die Regelungen nach B2-1.2.2.2 entsprechend.

Für die Minderung bei Vorinvalidität gilt die Regelungen nach B2-1.2.2.3 entsprechend.

Der Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane gilt die Regelungen nach B2-1.2.2.4 entsprechend.

Für die in der Gliedertaxe genannten Invaliditätsgrade Organe Niere, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Milz, Gallenblase und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach B2-1.2.2.2 außerhalb der Gliedertaxe erfolgen soll. Berücksichtigt wird der jeweils höherer Invaliditätsgrad.

Bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität gilt die Regelungen nach B2-1.2.3 entsprechend.

Zusatzbedingungen für Gruppenversicherungsverträge

– 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 Durchschnittsberechnung 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 Tarifbestimmungen Unfall

1 Geltungsbereich und Anwendungsbereich

Die Tarife gelten für Privatpersonen von Geburt an bis zum 75. Lebensjahr, die ihren Erstwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Unfallversicherung gilt jedoch weltweit und mit 24-Stunden-Deckung.

2 Tariffinweise

Der Tarif stellt auf durchschnittliche Risikoverhältnisse ab, d. h., individuelle Risikomerkmale, die in der zu versichernden Person begründet sind (zum Beispiel Vorschäden), können besondere Beitragszuschläge, Bedingungen, Selbstbehalte usw. erfordern. Die im Antrag vorgesehenen Fragen müssen vollständig und sorgfältig beantwortet. Bei im Tarif nicht enthaltenen oder mit Anfrage gekennzeichneten Risiken ist bei der Hauptverwaltung der Interlloyd anzufragen.

3 Hinweise zur Antragsaufnahme

Der Antrag soll der Interlloyd eine richtige Risikobeurteilung und individuelle Gestaltung des Versicherungsumfangs ermöglichen.

Alle Antragsfragen sind daher sorgfältig, ausführlich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Der Antrag und etwaige Fragebögen, Risikobeschreibungen etc. sind vom Antragsteller zu unterschreiben.

Füllt der Versicherungsnehmer den Antrag nicht selbst aus, hat der Vermittler darauf zu achten, dass der Antragsteller vor Unterzeichnung des Antrags die Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft. Zusätze, Streichungen oder Änderungen darf der Vermittler nach Unterzeichnung des Antrags nicht ohne Einverständnis des Antragstellers vornehmen.

Anträge dürfen nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn aufgenommen werden. Nur volljährige, geschäftsfähige Personen dürfen Anträge stellen und Verträge abschließen. Bei Anträgen von Minderjährigen ist auch die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter erforderlich. Mündliche Nebenabreden können vom Vermittler nicht erteilt werden und sind unwirksam. Der Vermittler darf ohne besondere Ermächtigung eine Erweiterung des im Antrag, im Tarif sowie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Versicherungsschutzes nicht zusagen. Etwaige Abweichungen sind nach Absprache mit der Interlloyd schriftlich zu fixieren.

4 Höchstversicherungssummen

Es können folgende beitragspflichtigen Leistungsarten bis zur maximalen Versicherungssumme vereinbart werden.

Wenn infolge einer eventuell vereinbarten Dynamik eine der Höchstsummen erreicht wird, erfolgt für den Gesamtvertrag keine weitere dynamische Anpassung.

Leistungsarten	Höchstversicherungssummen
Invaliditätsleistung (Summe)	
ohne Progression	800.000 €
225 % Progression	355.000 €
350 % Progression	228.000 €
500 % Progression	160.000 €
Unfall-Rente ab 50 % Invaliditätsgrad	1.500 €
Übergangsleistung	10 % der Invaliditäts-Grundsumme, max. 15.000 Euro
Unfall Krankenhaustagegeld (inkl. Genesungsgeld)	1 Promille der Invaliditätssumme, max. 100 Euro
Dread Disease Baustein	3.000 €
Todesfall-Leistung	250.000 € (bei Kindern 75.000 €) Die Todesfallsumme darf jedoch maximal 50 % der beantragten Invaliditäts-Grundsumme betragen.

Es handelt sich um unsere tariflichen Höchstversicherungssummen.

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

5 Berufe und versicherte Personen

5.1 Berufliche Tätigkeiten | Gefahrengruppe

Die Einstufung erfolgt nach dem aktuell ausgeübten Beruf. Übt eine zu versichernde Person mehrere Berufe aus, wird die Tarifierung nach der stundenmäßig überwiegenden Arbeit vorgenommen. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, werden nach dem Ausbildungsberuf eingestuft.

Berufsgruppe A

Die Einstufung in diese Berufsgruppe erfolgt für Frauen und Männer mit kaufmännischer, verwaltender oder ausschließlich Aufsicht führender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst.

Berufsgruppe B

Die Einstufung in diese Berufsgruppe erfolgt für Frauen und Männer mit körperlicher, praktischer, handwerklicher oder besonders Gefahren geneigter Berufstätigkeit.

Gefahrengruppe K

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder ab Geburt bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres.

Gefahrengruppe S

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen und Männer ab Vollendung des 67. Lebensjahres.

Gefahrengruppe X

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Frauen und Männer ab Vollendung des 75. Lebensjahres.

Eine Veränderung der beruflichen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

5.2 Nicht versicherbare Berufe

- Artisten, Akrobaten, Dompteure und Tierbändiger
- Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler
- Rennfahrer, Rennreiter, Skilehrer
- Berufstaucher
- Sprengpersonal einschließlich Munitionssuche und -räumung
- Feuerwerker/Pyrotechniker
- Stuntmen
- extrem unfallgefährdete Personen (zum Beispiel Leibwächter, Höhlenforscher, Bergführer, Extrembergsteiger)
- Untertagetätige, Bergleute, Erzaufbereiter
- Tierärzte/-veterinär

5.3 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind dauernd Pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im höheren Maß auf Hilfe angewiesen ist. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Annahmerichtlinien ist die Einstufung in den Pflegegrad 2.

Sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Unfallversicherung für die versicherte Person und zu viel bezahlte Versicherungsbeiträge werden erstattet.

6 Altersbedingte Änderungen

Maßgebend ist das Eintrittsalter bei Vertragsbeginn. Erreicht die versicherte Person eine der nachfolgend genannten Altersklassen, wird der Beitrag während der Vertragslaufzeit je nach versicherter Leistungsart und Gefahrengruppe angepasst.

0–17 Jahre* Kindertarif

18–66 Jahre* Erwachsenentarif (nach Eintrittsalter)

67–74 Jahre* Seniorentarif I

ab 75 Jahre* Seniorentarif II

* Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns

6.1 Wahlrecht bei Beitragsanpassungen durch Wechsel der Alters- Berufs- oder Gefahrengruppe

Erhöht sich der tarifliche Beitragssatz durch

- den Wechsel in eine andere Berufsgruppe (Ziffer 5.1)
- eine Altersanpassungen (Ziffer 6)

können Sie die Versicherungssummen nach dem Wahlrecht gemäß B4 reduzieren.

7 Beiträge

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

7.1 Netto-Mindestbeitrag (ohne Versicherungssteuer)

Der Mindestjahresbeitrag beträgt für

- den Vertrag 50 Euro und
- für jede in einem Vertrag versicherte Person 25 Euro.

Dieser Beiträge können nicht unterschritten werden.

7.2 Ratenzahlung

Der Ratenzuschlag wird aus dem Jahresbeitrag berechnet und beträgt bei

- halbjährlicher Zahlung 3 Prozent,
- vierteljährlicher Zahlung 5 Prozent,
- monatlicher Zahlung 5 Prozent.

Eine monatliche Zahlungsweise ist nur in Verbindung mit einem Lastschriftverfahren möglich. Endet das Lastschriftverfahren erfolgt eine Umstellung auf vierteljährliche Zahlungsweise.

Bei unterjähriger Zahlungsweise beträgt die Mindestrate 5 Euro (ohne Versicherungssteuer).

7.3 Versicherungssteuer

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Versicherungssteuer zu erheben.

8 Gesundheitsprüfung

Wir verzichten bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres bei Vertragsbeginn ausschließlich im Tarif Protect Plus auf eine Gesundheitsprüfung. Maßgeblich ist das Alter der Person bei Versicherungsbeginn. Andere Personen und in anderen Tarifen müssen die Gesundheitsfragen vollständig beantwortet werden.

9 Anrechnung von mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen

Mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen bei der Feststellung einer Unfallfolge werden entsprechen der nachfolgenden Altersstaffel berücksichtigt:

Altersklassen	Protect Plus	Eurosecure Plus und Infinitus
0–17 Jahre	Keine Anrechnung	Keine Anrechnung
18–66 Jahre	Anrechnung ab einer Mitwirkung von 75 % Ausnahme: Anrechnung ab 75 %, wenn die unten genannten Erkrankung mitgewirkt haben *)	Keine Anrechnung Ausnahme: Anrechnung ab 75 %, wenn die unten genannten Erkrankung mitgewirkt haben *)
67–74 Jahre	Anrechnung ab einer Mitwirkung von 50 % Anrechnung ab 25 %, wenn die unten genannten Erkrankung mitgewirkt haben *)	
ab 75 Jahre	Anrechnung ab einer Mitwirkung von 25 %	

*) Mitwirkende Erkrankungen: Bluterkrankheit, Multiple Sklerose, Parkinson, Glasknochenkrankheit

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

Unseren 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 berechnete 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 zu vor 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 übermitteln 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 beigelegt 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 Versicherungsfalles) 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 Grundbuchsatzugs 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.

Kontaktdaten 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: datschutz@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
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	ja
	Microsoft Ireland Operations Limited	Insbesondere Bereitstellung der Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure. Die Datenspeicherung er- folgt auf Servern in Europa	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
	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	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA Customer Service Germany GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	compass private pﬂegeberatung GmbH	Pflege Assistance	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	nein
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	innovas GmbH	Pflegesachbearbeitung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
	Swiss Post Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Leistungs- und Vertragsbearbeitung	ja
	WDS.care GmbH	Pflege Assistance	ja
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	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, Regressverfahren	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 Interlloyd Webseite (<http://www.interlloyd.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Datenschutzhinweise“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

