

Stuttgarter Versicherung AG

Vertragsunterlagen zur Unfall-Pflege-Rente Royal mit ambulanten Hilfeleistungen (Version UV-Royal 1/2022)

Inhaltsübersicht:

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen
(AUB 2017-2 - Fassung 01.01.2017)

Datenschutzhinweise

Stuttgarter Versicherung AG

Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart | Postanschrift: 70135 Stuttgart | Tel. +49 711 665-63 | Fax +49 711 665-1516
www.stuttgarter.de | info@stuttgarter.de | USt-IdNr.: DE 147 802 293 | Sitz: Stuttgart | Registergericht: Stuttgart HRB 21035
Landesbank Baden-Württemberg | IBAN: DE13 6005 0101 0001 3720 81 | BIC: SOLADEST600

Vorstand: Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers, Ralf Oestereich
Aufsichtsratsvorsitzender: Anton Wittl

UV Royal - 08/2025

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Stuttgarter Versicherung AG
Deutschland

Produkt: Unfall-Pflege-Rente Royal

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte einer Unfallversicherung. Die vollständigen Informationen und den für Ihren Vertrag vereinbarten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



Was ist versichert?

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

Geldleistungen

- ✓ Lebenslange Unfall-Pflege-Rente bei dauerhaft schwereren Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen)
- ✓ Unfalltod
- ✓ Leistung bei Oberschenkelhalsbruch
- ✓ Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlung/Zahnersatz
- ✓ Leistung bei häuslicher 24-Stunden-Versorgung ab Pflegegrad 2
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall oder einem mindestens 7-tägigen Krankenhausaufenthalt (z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe)
- ✓ Reha-Management
- ✓ Beratung zu Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Die Höhe der vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Diabetes, Gelenkserkrankungen)
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)
- ✗ Sieht eine Leistungsart eine Wartezeit vor, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

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

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie und die versicherte Person müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen
- Nach einem Versicherungsfall müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten
- Todesfälle sind uns innerhalb von 21 Tagen zu melden.



Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen, müssen Sie dafür sorgen, dass dieser Betrag auf Ihrem Konto verfügbar ist.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen. Bei einer Vertragsdauer von unter einem Jahr endet der Vertrag ohne Kündigung mit dem Ablauf der Vertragsdauer.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Die Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in dieser Verbraucherinformation, in dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, in den Versicherungsbedingungen und im Antrag enthalten. Diese Verbraucherinformation enthält zudem Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr nach § 312i Absatz (1) Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche (EGBGB).

Allgemeine Informationen

Name, Anschrift, Rechtsform, Sitz und Registergericht des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die Stuttgarter Versicherung AG mit Sitz in 70197 Stuttgart, Rotebühlstraße 120, Bundesrepublik Deutschland. Die Stuttgarter Versicherung AG besteht in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG). Sitz und Registergericht: Stuttgart HRB 21035.

Vertretung

Die Stuttgarter Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers und Ralf Oestereich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Stuttgarter Versicherung AG betreibt das Unfall-, Sach- und Haftpflichtversicherungsgeschäft sowie das Krankheitskosten-Zusatzversicherungsgeschäft.

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen

Es gelten die folgenden Bedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen:

– Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2)

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers

Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen finden Sie im Antrag und in den Ziffern 2 und 9 - 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2). Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Angaben Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Gesamtpreis (Beitrag) der Versicherung

Angaben über die Beitragshöhe der Versicherung finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Beitragshöhe Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags

Angaben zu Ihrem Beitrag hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung finden Sie in Ziffer 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2). Die Zahlungsweise Ihres Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die Angaben zur Zahlungsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Zu Stande kommen des Vertrags

Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn wir die Annahme Ihres Antrags, in der Regel durch Aushändigung des Versicherungsscheins, erklärt haben. Angaben zum Versicherungsbeginn finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie den Versicherungsbeginn in Ihrem Versicherungsschein. Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes können Sie der Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2) entnehmen.

Widerrufsrecht und -folgen

Hier finden Sie Informationen zum Widerrufsrecht und den Rechtsfolgen des Widerrufs. Die Widerrufsbelehrung erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen,

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- die Widerrufsbelehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in dieser Verbraucherinformation aufgeführten Informationen,

die nach § 1 der VVG-Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Stuttgarter Versicherung AG, Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, E-Mail: info@stuttgarter.de oder an die zuständige Geschäftsstelle/Generalagentur.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

- 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag bzw.
- 1/90 des Vierteljahresbeitrags pro Tag bzw.
- 1/180 des Halbjahresbeitrags pro Tag bzw.
- 1/360 des Jahresbeitrags pro Tag.

Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Laufzeit Ihres Vertrags

Angaben über die Laufzeit Ihres Vertrags finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Beendigung des Vertrags, insbesondere vertragliche Kündigungsbedingungen

Die vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2).

Angabe des anwendbaren Rechts

Auf Ihren Vertrag findet sowohl bei der Vertragsanbahnung als auch nach Abschluss des Versicherungsvertrags das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht finden Sie in Ziffer 17 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2).

Zuständiges Gericht

Angaben zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 15 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2).

Vertragssprache für Ihren Versicherungsvertrag

Die Vertragsunterlagen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten

Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, bitten wir Sie, diese zunächst an uns zu richten.

Es stehen Ihnen weitere außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 19 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2).

Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Sie können sich jedoch auch kostenlos und formlos an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 19 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2).

Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Im elektronischen Geschäftsverkehr gelten für den Versicherer besondere Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Artikel 246c EGBGB, zu denen die Mitteilung der folgenden Informationen gehört:

Vertragsschluss

Sie bestätigen durch Klick auf den Button, mit dem Sie die Versicherung kostenpflichtig beantragen, die Richtigkeit Ihrer Angaben, gleichzeitig werden diese an uns übermittelt und Ihr Online-Antrag ist verbindlich gestellt. Der Erhalt Ihres Online-Antrags wird Ihnen unverzüglich mit Zusendung einer Empfangsbestätigung an Ihre angegebene E-Mail-Adresse bestätigt. Der Vertrag kommt zu Stande, wenn Ihnen der Versicherungsschein per Post zugeht.

Vertragstext

Sie haben vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Möglichkeit, die Vertragsunterlagen einschließlich der Versicherungsbedingungen abzurufen und zu speichern oder auszudrucken. Sie benötigen dazu den Adobe-Reader. Nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung können Sie diese Vertragsunterlagen auf unserer Internetseite nicht mehr abrufen.

Eingabefehler

Bevor Sie Ihren Online-Antrag absenden, werden Ihnen alle von Ihnen gemachten Eingaben in einem Fenster angezeigt und können von Ihnen dort korrigiert werden.

Sprache

Die für den Vertragsschluss zur Verfügung stehende Sprache ist ausschließlich Deutsch. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt ausschließlich in Deutsch.

Verhaltensregeln

Wir sind den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) beigetreten. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.stuttgarter.de/verhaltensregeln abrufen.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-2 - Fassung 01.01.2017)

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 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Vereinbarungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB 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, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

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

Ihre Stuttgarter Versicherung AG

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
- 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Leistungsarten bei Unfall:

- 2.1 Absicherung bei Invalidität und Pflegebedürftigkeit
- 2.2 Unfalltod (Todesfallleistung)
- 2.3 Bergungs- und Rettungskosten
- 2.4 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch (Modell 2)
- 2.5 Reha-Management Royal
- 2.6 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)
- 2.7 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
- 2.8 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- 2.9 Leistung bei häuslicher 24-Stunden-Versorgung
- 2.10 Ambulante Hilfeleistungen einschließlich Beratung zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht (Modell 3)

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbare Personen
- 4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes
- 4.3 Rückzahlung der Beiträge

5 Was ist nicht versichert?

- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Gestrichen**Der Leistungsfall****7 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?****8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?****9 Wann sind die Leistungen fällig?**

- 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
- 9.2 Fälligkeit der Leistung
- 9.3 Vorschüsse
- 9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer**10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrags
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Versicherungsjahr

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

- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

- 12.1 Fremdversicherung
- 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

- 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

- 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
- 13.4 Anfechtung
- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

- 14.1 Gesetzliche Verjährung
- 14.2 Aussetzung der Verjährung

15 Welches Gericht ist zuständig?

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

18 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

Gebührenbestimmungen

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

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags weltweit.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche zuzieht. Der Ausschluss für Bauch- oder Unterleibsbrüche nach Ziffer 5.2.8 gilt hierfür nicht.

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

1.4.1.1

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 liegt vor, wenn eine Bewegung planmäßig, beherrschbar, vollständig willensgesteuert und ohne Einwirkung von außen ausgeführt wird und die versicherte Person dabei ungewollt eine Körperschädigung erleidet.

1.4.1.2

Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person durch eine Eigenbewegung ereignet, sind unsere Leistungen auf insgesamt 15.000 Euro begrenzt.

1.4.2 Gesundheitsschädigungen bei Rettungsmaßnahmen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen (z. B. innere Unruhen), wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.4 Tauchunfälle

Versicherungsschutz besteht auch bei tauchtypischen Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit) der versicherten Person als Sport-/Hobbytaucher, unabhängig davon, ob die Gesundheitsschäden auf einem plötzlich von außen auf den Körper wirkenden Ereignis beruhen.

Bei einer Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet. Die Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten auf deren Versicherungssumme begrenzt.

1.4.5 Unfälle im Wasser

Versicherungsschutz besteht auch bei Ertrinken und Erstickten der versicherten Person im Wasser.

1.4.6 Erfrieren

Versicherungsschutz besteht auch bei Erfrierungen.

1.4.7 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.8 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Versicherungsschutz besteht auch bei Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.9 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

Versicherungsschutz besteht auch bei Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe, wenn die versicherte Person unfreiwillig den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe ausgesetzt war.

1.4.10 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach der Beendigung der Versicherung eintritt.

1.4.11 Insektenstiche/-bisse, Allergische Reaktionen

Versicherungsschutz besteht auch für nicht infektiös bedingte Gesundheitsschäden einschließlich allergischer Reaktionen infolge von

- Insektenstiche/-bisse,
- anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen.

1.4.12 Psychologische Hilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Betreuung, übernehmen wir die Kosten für die ersten 10 Sitzungen, sofern kein anderer Kostenträger eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag erstattet. Unsere Kostenerstattung ist in jedem Fall auf 1.000 Euro begrenzt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.2.7 gilt hierfür nicht.

1.4.13 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschäden durch Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn diese innerhalb von einer Stunde nach einem Unfall eintreten.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir 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.

Leistungsarten bei Unfall:

2.1 Absicherung bei Invalidität und Pflegebedürftigkeit

2.1.1 Invalidität

2.1.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1.1

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.1.2 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.

2.1.1.1.3 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 Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.1.1.1.4 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, sofern diese vereinbart ist.

2.1.1.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

2.1.1.2.1

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Organe oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.1.2.2 Gliedertaxe

2.1.1.2.2.1

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Organe oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

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

anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Milz	10 %
eine Niere	20 %
beide Nieren	100 %
ein Lungenflügel	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Gehör auf beiden Ohren	60 %
Stimme	40 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

Auf Ihren Wunsch kann die Bemessung des Invaliditätsgrades für die in der Gliedertaxe genannten Organe Milz, Niere und Lungenflügel auch nach Ziffer 2.1.1.2.2.2 erfolgen.

2.1.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile, Organe oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

2.1.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile, Organe oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, Organe 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 (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2 Pflegebedürftigkeit

2.1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.2.1.1

Die versicherte Person wird aufgrund eines Unfalls pflegebedürftig. Eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 wegen der Unfallfolgen erfüllt sind und ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) vorliegt, bei dem diese Versicherung Leistungen vorsieht. Welche Leistung wir bei welchem Pflegegrad erbringen, ist in den Bestimmungen der jeweiligen Leistungsart festgelegt.

Bestand für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls bereits eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) oder stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Leistung.

2.1.2.1.2 Eintritt und Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall durch den Versicherungsträger der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung festgestellt sowie deren Unfallbedingtheit von einem Arzt schriftlich bestätigt worden. Sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, kein Leistungsbescheid erstellt wird oder der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen (z. B. nach Änderung des Sozialgesetzbuchs), ist ein ärztliches Gutachten über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) vorzulegen.

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

2.1.2.1.3 Geltendmachung der Pflegebedürftigkeit

Sie müssen die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit und einem Pflegegrad ausgehen, der Leistungen aus dieser Versicherung vorsieht.

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

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

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

2.1.2.2 Leistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Pflegebedürftigkeit, zahlen wir eine Leistung unter folgenden Voraussetzungen:

- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen im Sinne der Ziffer 2.1.2 sind erfüllt.

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

2.1.3 Unfall-Pflege-Rente Royal (Modell 95)

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall führt zu

- einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent oder
- zu einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 3, für die Pflegebedürftigkeit die Ziffern 2.1.2 und 3.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Unfall-Pflege-Rente monatlich in folgender Höhe:

- bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent oder bei Pflegegrad 2 die vereinbarte Grundrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent oder bei Pflegegrad 3 die doppelte Grundrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent oder bei Pflegegrad 4 bzw. 5 die dreifache Grundrente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall oder bei Pflegebedürftigkeit bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.3.3.1

Wir zahlen die Unfall-Pflege-Rente

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

2.1.3.3.2

Wir zahlen die Unfall-Pflege-Rente bis zum Ende des dritten Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt, oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder keine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 mehr vorliegt.

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

2.1.3.4 Kapitalabfindungsoption

2.1.3.4.1 Wahlrecht

Anstelle der monatlichen Unfall-Pflege-Rente kann eine einmalige Kapitalabfindung verlangt werden, wenn die versicherte Person am Unfalltag das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Über die Kapitalabfindungsoption werden wir Sie informieren. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Information die Kapitalabfindung verlangen, zahlen wir die monatliche Unfall-Pflege-Rente. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.1.3.4.2 Höhe der Kapitalabfindung

Die Höhe der Kapitalabfindung entspricht der Anzahl der vereinbarten monatlichen Unfall-Pflege-Renten ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat bis zum vollendeten 80. Lebensjahr, höchstens jedoch 60 vereinbarte monatliche Unfall-Pflege-Renten.

2.2 Unfalltod (Todesfalleistung)

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und es ist bis dahin noch keine Invalidität eingetreten.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro bleiben die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) unberücksichtigt.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des

Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.2.1

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.2.2 Dreifache Todesfallleistung bei Unfalltod von Eltern

Wir zahlen die dreifache Todesfallleistung, maximal 100.000 Euro, wenn Eltern, die zum Zeitpunkt des Unfalls beide bei unserer Gesellschaft durch eine Unfallversicherung versichert waren und aufgrund Unfalltod wegen desselben Unfalls

- mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind hinterlassen und
- den hinterbliebenen Kindern die versicherte Todesfallleistung zusteht.

2.3 Bergungs- und Rettungskosten

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer entstanden.

2.3.1.2

Zudem ersetzen wir nach einem Unfall der versicherten Person folgende weitere Kosten:

- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 Euro oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.3.1.3

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.4 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch (Modell 2)

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.4.1.1

Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages durch einen Unfall einen Oberschenkelhalsbruch erleidet.

2.4.1.2

Ein Oberschenkelhalsbruch ist ein hüftgelenksnaher Bruch des Oberschenkelknochens zwischen Kopf und Schaft des Knochens.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.3 Ende des Versicherungsschutzes

Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungsleistung. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

2.5 Reha-Management Royal

2.5.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent oder zu einer Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Leistungen nach den Ziffern 2.5.3 und 2.5.4. Ein Leistungsanspruch besteht nur für Maßnahmen, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Wird uns anhand medizinischer Unterlagen dargelegt, dass die Leistungsvoraussetzungen voraussichtlich gegeben sind, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Leistungen nach den Ziffern 2.5.3 und 2.5.4.1, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Leistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, stellen wir die Leistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.

Die Leistungen nach Ziffer 2.5.4.2 werden im Falle der Anerkennung unserer Leistungspflicht erbracht.

2.5.2 Dauer, Umfang und Höhe der Leistungen

Ein Leistungsanspruch besteht innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Danach endet unsere Leistungspflicht.

Die Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung) sind auf insgesamt 30 Stunden begrenzt.

Ist lediglich eine Vermittlung oder Organisation von Leistungen oder eine Unterstützung vorgesehen, werden - bis auf die Vermittlungs-, Organisations- und Unterstützungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.5.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung)

2.5.3.1

In einem Erstgespräch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärzten oder weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen wird die medizinische Situation festgestellt und ein individuelles therapeutisches Rehabilitationskonzept erarbeitet.

2.5.3.2

Während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen wird die versicherte Person betreut. Dabei werden unter Einbindung der behandelnden Ärzte gegebenenfalls weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Rehabilitationsmaßnahmen, z. B. die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung, vorgeschlagen und/oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik organisiert. Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung.

2.5.3.3

Wir beraten die versicherte Person über

- mögliche Leistungen der Sozialversicherungen sowie anderer Kostenträger und übernehmen auf Wunsch die Kommunikation mit diesen Einrichtungen, auch hinsichtlich einer Kostenübernahme. Zudem bieten wir Hilfe bei der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen und auf Feststellung einer Schwerbehinderung, sofern sich die Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung als Unfallfolge darstellt.
- Fragestellungen in der häuslichen Umgebung, die sich aus dem Unfall ergeben und organisieren bei Bedarf einen Pflege- und/oder Hilfsdienst oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen).
- die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Mobilität (z. B. behindertengerechter Kfz-Umbau) und organisieren bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen.
- die behindertengerechte Umgestaltung des Wohnumfeldes und übernehmen bei Bedarf die Organisation oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objekts.

2.5.4 Weitere Leistungen

2.5.4.1 Kostenübernahmen bei schlüssiger Darlegung eines voraussichtlichen Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent oder einer voraussichtlichen Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2:

2.5.4.1.1 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Kosten der von uns empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen wir im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme und im ambulanten Bereich bis zu 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere von einem Krankenversicherer oder einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.5.4.1.2 Pflegeheimkosten

Wir übernehmen bei erforderlicher stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten, soweit die Kosten von keinem anderen Kostenträger übernommen werden. Unsere

Kostenübernahme ist auf 1,5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

2.5.4.2 Kostenübernahmen bei einem anerkannten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent oder einer anerkannten Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2:

Unter den nachstehenden weiteren Voraussetzungen werden auch folgende Kosten übernommen, sofern sie durch die unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 Prozent oder die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 verursacht sind. Übernommen wird nur der Teil der Kosten, der anteilig in den Leistungszeitraum gemäß Ziffer 2.5.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.5.4.2.1 Hilfsmittelversorgung

Besteht die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung bzw. werden Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen) benötigt, übernehmen wir die daraus entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.4.2.2 Mobilität

Ist für das Führen eines Kraftfahrzeugs eine behindertengerechte Umgestaltung des auf die versicherte Person oder dessen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner zugelassenen Kraftfahrzeugs erforderlich, übernehmen wir die Umgestaltungskosten bis zu einem Betrag von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.4.2.3 Anpassung des Wohnumfeldes

Ist eine Nutzung des bisherigen Wohnumfeldes nicht mehr möglich oder wesentlich eingeschränkt, übernehmen wir die Kosten zur behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes bis zu einem Betrag von 40 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.4.3 Reihenfolge der Kostenübernahmen

Die Kostenübernahmen erfolgen in der Reihenfolge ihrer Anforderungen und sind auf 100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

2.5.5 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt

haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.6 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes 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 21. Lebensjahres.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

2.6.2.1

Wir erstatten nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten an natürlichen Zähnen (inklusive der erforderlichen Laborkosten),

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.2.2

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.7 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen oder deren Folgen erfordern eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen (Anschlussheilbehandlungen gelten nicht als Rehabilitationsmaßnahme). Die Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls beginnen. Deren medizinische Notwendigkeit ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Die Beihilfe zu einer vollstationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erbringen wir unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall.

2.8 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.1.1

Der Unfall führt zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4.

2.8.1.2

Eine Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4 liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 wegen der Unfallfolgen erfüllt sind.

2.8.2 Nachweis

Die Pflegebedürftigkeit ist durch den Versicherungsträger der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung sowie deren Unfallbedingtheit durch einen Arzt schriftlich festgestellt worden. Sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, diese keinen Leistungsbescheid erstellt oder der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen (z. B. nach Änderung des Sozialgesetzbuchs), müssen die Leistungsvoraussetzungen ärztlich nachgewiesen werden.

2.8.3 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.9 Leistung bei häuslicher 24-Stunden-Versorgung

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall der versicherten Person führt

- zu einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 und
- die versicherte Person oder ein Dritter beauftragt deshalb einen gewerblichen Dienstleister mit der Erbringung einer häuslichen 24-Stunden-Versorgung (Rund-um-die-Uhr-Präsenz einer Haushalts- und/oder Pflegehilfe vor Ort) für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Monaten.

Eine Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 wegen der Unfallfolgen erfüllt sind.

Die Leistungen des Dienstleisters müssen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden.

Bestand für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls bereits eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) oder wurde bereits vor dem Zeitpunkt des Unfalls ein Dienstleister für eine 24-Stunden-Versorgung beauftragt, besteht kein Anspruch auf Leistung.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

2.9.2.1

Wir erstatten die durch den beauftragten gewerblichen Dienstleister für die häusliche 24-Stunden-Versorgung monatlich entstandenen Kosten bis zur Höhe des vereinbarten monatlichen Höchstbetrags. Die Erstattung erfolgt auf Nachweis der angefallenen Kosten. Die Kosten werden dem Monat zugeordnet, in dem sie angefallen sind.

2.9.2.2

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.9.2.3

Unsere Leistung erbringen wir für bis zu zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, ab dem die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde und der beauftragte Dienstleister für die häusliche 24-Stunden-Versorgung seine Tätigkeit aufgenommen hat.

Der Anspruch auf Leistung erlischt spätestens mit Ablauf von 18 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

2.9.2.4 Auswirkungen von Krankheiten und Gebrechen

In Ergänzung zu Ziffer 3 kann sich der Pflegegrad mindern oder entfallen, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Pflegebedürftigkeit in Höhe von 35 Prozent und mehr, bezogen auf den Hilfebedarf, mitgewirkt haben.

2.9.2.5 Minderung des Pflegegrads

Hat sich die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit der versicherten Person so geändert, dass sie einem niedrigeren Pflegegrad als 2 zuzuordnen ist, entfällt unsere Leistungspflicht. Sie müssen uns eine Änderung oder den Wegfall des Pflegegrads unverzüglich mitteilen.

2.9.3 Nachweise

In Ergänzung zu Ziffer 9 benötigen wir noch folgende Unterlagen:

2.9.3.1 Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 ist durch den Versicherungsträger der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nachzuweisen. Sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, kein Leistungsbescheid erstellt wird oder der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen (z. B. nach Änderung des Sozialgesetzbuchs), ist ein ärztliches Gutachten über Ursache, Beginn und Verlauf (voraussichtliche Dauer) sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) vorzulegen. Die Unfallbedingtheit der Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2 ist uns durch einen Arzt schriftlich nachzuweisen.

2.9.3.2 24-Stunden-Versorgung

Die Beauftragung eines Dienstleisters für eine häusliche 24-Stunden-Versorgung für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Monaten ist uns nachzuweisen, z. B. durch Vorlage des Dienstleistungsvertrags.

2.9.4 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

Der monatliche Höchstbetrag nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.10 Ambulante Hilfeleistungen einschließlich Beratung zur Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht (Modell 3)

2.10.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.10.1.1 Beratung zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Ein durch uns beauftragter Dienstleister berät die versicherte Person und deren mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner einmalig telefonisch zu den Themen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, wenn hierfür nach einem Unfall oder unfallunabhängig Hilfebedarf besteht. Auf Wunsch wird eine individuelle Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht erstellt und zur Verfügung gestellt.

Die Inanspruchnahme dieser Beratungsleistung berechtigt nicht zur Kündigung nach einem Versicherungsfall gemäß Ziffer 10.3.

2.10.1.2 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit), erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.3.

2.10.1.3 Hilfebedürftigkeit nach einem mindestens 7-tägigen Krankenhausaufenthalt aus unfallunabhängiger Ursache nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit

Ist die versicherte Person nach einem mindestens 7-tägigen aus unfallunabhängiger Ursache notwendig gewordenen vollstationären Krankenhausaufenthalt in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt, erbringen wir nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit, gerechnet ab Versicherungsbeginn, die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.3. Werden aufgrund einer chronischen Erkrankung mehrere Krankenhausaufenthalte wegen derselben Ursache erforderlich, wird die Leistung nur einmal erbracht. Kuren, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als Krankenhausaufenthalt.

2.10.1.4 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten

Hat die versicherte Person einen Angehörigen bis zum Eintritt des

Versicherungsfalls nach Ziffer 2.10.1.2 bzw. 2.10.1.3 gepflegt und ist dazu wegen den Folgen des Versicherungsfalls nicht mehr in der Lage, werden die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.3 auch für diese Person erbracht, sofern sie benötigt werden. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.

Voraussetzung für die Leistung ist,

- dass der Angehörige mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft oder in einer separaten Wohnung im selben Wohnhaus (identische Wohnanschrift) lebt und
- für den Angehörigen eine anerkannte Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) besteht.

2.10.1.5 Hilfe bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.10.4.

2.10.1.6

Die Hilfeleistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister ausschließlich in Deutschland erbracht.

2.10.2 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.10.2.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit. In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. deren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird der durch den Versicherungsfall entstandene, individuelle Bedarf an Hilfeleistungen festgestellt.

2.10.2.2

Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.10.2.3

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.10.3 Hilfeleistungen

2.10.3.1 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls, im Falle der Ziffer 2.10.1.3 für bis zu vier Wochen ab dem Entlassungstag aus dem Krankenhaus, erbracht werden:

2.10.3.1.1 Hausnotruf

Sofern die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird die

versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger versorgt, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage, deren Einrichtung und die laufenden Kosten tragen wir. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn er bis zum Ablauf der Leistungsdauer durchgeführt wird.

2.10.3.1.2 Menüservice

Die versicherte Person erhält je nach organisatorischer Machbarkeit einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot des Dienstleisters ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

2.10.3.1.3 Einkäufe und Besorgungen

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Die Kosten für den Boten tragen wir. Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

2.10.3.1.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie - und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von deren Wohnort.

2.10.3.1.5 Reinigung der Wohnung

Reinigung des Wohnbereichs (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) einmal pro Woche für bis zu 3 Stunden.

2.10.3.1.6 Wäsche und Kleidung

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche der versicherten Person einmal pro Woche, für bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.10.3.2 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle der Ziffer 2.10.1.3 innerhalb von vier Wochen ab dem Entlassungstag aus dem Krankenhaus, einmalig erbracht werden:

2.10.3.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

Wird die versicherte Person von Angehörigen gepflegt, werden diese für die tägliche Pflege geschult.

2.10.3.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Stehen der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zu, wird sie bzw. deren Angehörige/Betreuer über die in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren

beraten.

2.10.3.2.3 Tag- und Nachtwache

Kehrt die versicherte Person

- nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. einer unfallbedingten ambulanten Operation oder
- nach einem unfallunabhängigen, mindestens 7tägigen Krankenhausaufenthalt

nach Hause zurück und muss aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.10.3.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Werden Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl erforderlich, erfolgt eine Beratung bei der Auswahl und die Vermittlung der Pflegehilfsmittel.

2.10.3.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

Müssen Haustiere der versicherten Person betreut werden, wird eine bedarfsgerechte Betreuung vermittelt. Dies gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.10.3.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Benötigt die versicherte Person bei der Pflege des Gartens oder bei Schneeräumarbeiten Unterstützung, wird entsprechende Hilfe vermittelt.

2.10.3.2.7 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz

Wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person erforderlich, wird diese vermittelt.

2.10.3.2.8 Pflegeplatzgarantie

Wir vermitteln einen Pflegeplatz an die versicherte Person in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung, spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages, es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet. Es wird ein möglichst wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen wohnortnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Transport-/ Fahrkosten werden übernommen.

2.10.3.3 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle der Ziffer 2.10.1.3 innerhalb von vier Wochen ab dem Entlassungstag aus dem Krankenhaus, für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.10.3.3.1 Grundpflege

Die versicherte Person erhält zu Hause für bis zu 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- Waschen des Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/

- Prothesenreinigung, Rasieren),
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers,
- Hilfe beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Hilfe beim Essen und Trinken,
- Hilfe bei der Krankengymnastik,
- Positionswechsel im Bett.

Werden bereits einzelne Leistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, besteht für die Erbringung der entsprechenden Leistungen aus der Grundpflege kein Anspruch.

2.10.4 Psychosoziale Betreuung

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, erhalten der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder psychosoziale Betreuung für bis zu 3 Stunden in der Woche, maximal für vier Wochen, gerechnet ab dem unfallbedingten Sterbetag.

2.10.5 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten, sofern nichts anderes vereinbart ist, ausschließlich für Unfallfolgen, also nicht für Krankheiten oder Gebrechen. Unfallfolgen sind Gesundheitsschädigungen und deren Folgen,

die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Falle einer Pflegebedürftigkeit der Grad der Pflegebedürftigkeit
- 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.

3.2.2

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- Personen, die pflegebedürftig sind. Eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 gegeben sind.
- Personen, die aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung (z. B. fortgeschrittene Demenz) nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes

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

4.3 Rückzahlung der Beiträge

Die für eine nicht mehr versicherbare Person ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter,
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab,
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Gelände und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde

- durch ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht,
- infolge Trunkenheit verursacht. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen gilt dies jedoch nur, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht überschritten hat. Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, sind in diesen Fällen unsere Leistungen auf insgesamt 100.000 Euro begrenzt,
- beim Lenken von Kraftfahrzeugen aufgrund Einschlafens infolge von Übermüdung verursacht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

5.1.2

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

5.1.3

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4

Unfälle der versicherten Person

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

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. für:

- Passagiere in Luftfahrzeugen,
- Fluggäste in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- Flugschüler, solange hierfür noch keine Lizenz erforderlich ist,
- Kitesurfen.

5.1.5

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. bei
Fahrtveranstaltungen, bei denen

- es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt,
- es sich um das Absolvieren von öffentlich veranstalteten Fahrsicherheitstrainings, z. B. durch offizielle Automobilclubs, handelt.

5.1.6

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1

Schäden an Bandscheiben.

Ausnahme:

Die Schäden an Bandscheiben gehen mit einer unfallbedingten knöchernen Verletzung der Wirbelsäule einher.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2

Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
 - für diese Unfallereignisse besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3

Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht bei Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

In diesem Fall gilt der Ausschluss.

5.2.4

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

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.5

Infektionen.

Ausnahme:

- Die versicherte Person infiziert sich
 - mit Tollwut und Wundstarrkrampf;
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten (und z. B. eine Blutvergiftung oder Wundinfektion hervorrufen). Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - aufgrund eines Zeckenstichs mit Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Borreliose, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.4).
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.6

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

Ausnahme:

- Nahrungsmittelvergiftungen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.7

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

Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch den Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

Ausnahme:

Die krankhaften Störungen sind auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.8

Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Gestrichen

Der Leistungsfall

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

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

7.1

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

7.2

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

7.3

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Versicherungsfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Personenversicherern, 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.

7.5

Wenn der Versicherungsfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen 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.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Im Falle der Invalidität oder

Pflegebedürftigkeit beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- im Invaliditätsfall zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist,
- im Falle der Pflegebedürftigkeit zusätzlich der ärztliche Nachweis, dass die Pflegebedürftigkeit unfallbedingt eingetreten ist,
- bei krankheitsbedingten Leistungen der Nachweis über die Krankheitsursache und Krankheitsfolgen.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 100 Euro pro Versicherungsfall. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss auf eine Unfall-Pflege-Renten-Leistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, wenn keine akute Lebensgefahr besteht.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit fünf Prozent jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen

Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

Ist für eine Leistungsart eine Wartezeit vereinbart, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugegangen sein.

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder in einem einmaligen Beitrag (Einmalbeitrag) 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.

Bei einem Einmalbeitrag entspricht die Versicherungsperiode der vereinbarten Vertragsdauer. Sie beträgt jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

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

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

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

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht bezahlt haben,

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Antragsformular, E-Mail, Telefax, Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen

auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Antragsunterlagen, E-Mail, Telefax, Brief) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

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

14.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens,
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

15.2

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

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

16.1

Erklärungen und Anzeigen sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) an folgende Stellen zu richten:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle/Generalagentur, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle/Generalagentur dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine 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.

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

18.1

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen bei uns ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir

die regelmäßig entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung. Diese Beträge werden wir jährlich überprüfen, gegebenenfalls neu festsetzen und Ihnen mitteilen. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte den im Anschluss an diese Bedingungen folgenden Gebührenbestimmungen, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

18.2

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweisen.

Wenn Sie uns daraufhin nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wenn Sie uns nachweisen, dass die bei der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr.

Gebührenbestimmungen

(Stand Januar 2017)

Welche Gebühren werden bei besonderen Bemühungen fällig?

Wir können nach Ziffer 18, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Abgeltungsbeträge in nachfolgender Höhe erheben und deren Zahlung verlangen:

– vom Versicherungsnehmer zu vertretende Rückläufer im Lastschriftverfahren:	7,50 €
– Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG):	7,50 €
– Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers:	10,00 €
– Ersatzversicherungsschein ausstellen:	10,00 €
– Vertragsänderungen mit Nachtrag:	10,00 €

Diese Gebühren gelten für das laufende Versicherungsjahr. Sie werden jedes Jahr überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt.

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

19.1 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.

19.1.1 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 (z. B. 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.

19.1.2 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.

19.1.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

19.1.4 Unser Beschwerdemanagement

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

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120
70197 Stuttgart
E-Mail: info@stuttgarter.de

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Stuttgarter Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120
70197 Stuttgart
Telefon +49 (0) 711 665-63
E-Mail-Adresse info@stuttgarter.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@stuttgarter.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus 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.stuttgarter.de/verhaltensregeln 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. 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, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Gesellschaft der Stuttgarter Versicherungsgruppe 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) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken können wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer) versichern. 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.

Vermittler:

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

Ferner sind wir nach dem Handelsgesetzbuch verpflichtet, dem Abschlussvermittler bzw. dessen Rechtsnachfolger Informationen über stornogefährdete Versicherungsverträge, die sich in der Provisionshaftungszeit befinden, zu übermitteln.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Ihnen überlassenen Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.stuttgarter.de/dienstleisterlisteservice entnehmen.

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.

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).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, 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.

Betroffenenrechte

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

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.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages 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.