

## Vertragsunterlagen zur Unfall-Pflege-Rente Royal mit ambulanten Hilfsleistungen (Version UV-Royal 2026)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben bei der Würzburger Versicherungs-AG eine Unfallversicherung abgeschlossen. Für diesen Beweis Ihres Vertrauens in unsere Gesellschaft bedanken wir uns.

Das vorliegende Heft enthält neben dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) eine Zusammenstellung aller Versicherungsbedingungen, die in der Unfallversicherung vereinbart werden können.

Der konkret zwischen Ihnen und uns vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

Welcher Teil der vorliegenden Versicherungsbedingungen in dem von Ihnen gewählten Produkt Gültigkeit hat, ist im Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert.

Es gilt für unser Vertragsverhältnis nur der Teil der vorliegenden Bedingungen, der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich aufgeführt ist.

Bitte bewahren Sie sie zusammen mit dem Versicherungsschein auf, dies sind wichtige Vertragsunterlagen.

Wir freuen uns auf eine gute und dauerhafte Partnerschaft mit Ihnen.

Herzliche Grüße aus Würzburg

**Der Vorstand**

Würzburger Versicherungs-AG

### Inhalt

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)
- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2026)
- Besondere Bedingungen Royal 2026 (BB Royal 2026)
- Besondere Bedingungen Reha-Management Royal
- Besondere Bedingungen für Hilfsleistungen/Pflege (BB H/P 2026)
- Besondere Bedingungen für die Premium-Hilfsleistungen (BB Premium HL 2026)
- Hinweise zur Datenverarbeitung bei Beantragung des Versicherungsvertrages

**Unternehmen:** Würzburger Versicherungs-AG,  
Deutschland

**Produkt:** Unfall-Pflege-Rente Royal

Dieses Blatt dient nur zu Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Vollständig dargestellt ist der Versicherungsschutz in Ihren Versicherungsunterlagen. 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. Diese sichert Sie ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



### Was ist versichert?

Nachfolgend finden Sie Informationen zu den von uns zu diesem Produkt angebotenen Leistungsarten. Welche Sie mit uns vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

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

#### Geldleistungen

- ✓ 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?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z. B. Diabetes, Gelenkerkrankungen)
- ✗ 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. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind von Ihnen jeweils zum Beginn des Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen. 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.



### 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.



## Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

### Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. **Identität, ladungsfähige Anschrift des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde**  
Versicherer ist die Würzburger Versicherungs-AG, eine Aktiengesellschaft deutschen Rechts.

**Würzburger Versicherungs-AG**  
Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Deutschland  
Telefon: +49 931 2795-0, Telefax: +49 931 2795-291, [www.wuerzburger.com](http://www.wuerzburger.com)  
Handelsregister: Sitz Würzburg, HR Würzburg B 3500  
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. Ronald Frohne  
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vorsitzender), Birgit Baenitz

Die Würzburger Versicherungs-AG unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Tel. +49 (0) 228 4108-0, Internet: [www.bafin.de](http://www.bafin.de)

Sollten Sie mit einer Entscheidung oder Verhaltensweise unsererseits nicht einverstanden sein und hat auch eine Beschwerde an unseren Vorstand keine Abhilfe geschaffen, können Sie sich über eine Petition an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Die Möglichkeit, Ihre Beschwerde auf dem Rechtsweg geltend zu machen, bleibt hiervon unberührt.

2. **Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers**  
Die Hauptgeschäftstätigkeit der Würzburger Versicherungs-AG ist der Betrieb der Reise-, Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherung für private Haushalte.
3. **Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds o. ä.**  
Für Ihre Versicherungen besteht kein Garantiefonds o. ä.

### Informationen zur angebotenen Leistung

4. **Wesentliche Merkmale der Vertragsbestimmungen**  
Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge. Es gelten je nach gewünschtem Deckungsumfang die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den entsprechenden Produkten, sowie eventuell mit Ihnen getroffene Vereinbarungen und die gesetzlichen Bestimmungen. Maßgeblich für den Geltungsbereich der Bedingungen ist der gewählte Deckungsumfang laut Antrag, Versicherungsschein und eventueller Nachträge.
5. **Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung**  
Die versicherten Leistungsarten ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein. Die Entschädigung wird fällig, wenn unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach von uns festgestellt ist. Die Auszahlung der Entschädigung erfolgt danach binnen zwei Wochen.
6. **Gesamtpreis der Versicherungen (Beitrag)**  
Der zu entrichtende Gesamtpreis ergibt sich aus dem Umfang des von Ihnen gewählten Versicherungsschutzes und ist dem Antrag zu entnehmen. Er beinhaltet auch die Versicherungssteuer und gegebenenfalls die Ratenzahlungszuschläge. Einzelheiten zum Preis und seinen Bestandteilen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.
7. **Zusätzlich anfallende Kosten**  
Es fallen keine weiteren Gebühren oder Kosten an, außer eventuellen Mahngebühren sowie den uns entstandenen Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines SEPA-Lastschriftinzugsverfahrens trotz erteiltem Abbuchungsauftrag. Wenn Sie uns anrufen, ein Fax oder E-Mail senden, so gelten dabei die Preise Ihres Telekommunikations- oder Mobilfunkanbieters.
8. **Zahlung und Erfüllung**  
Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig vom Bestehen des Widerrufsrechts sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.  
Der Versicherungsschutz beginnt erst mit Zahlung der geschuldeten Prämie (Erstprämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz ab diesem Zeitpunkt. Das gilt jedoch nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung oder die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
9. **Gültigkeitsdauer von Angeboten**  
Den zur Verfügung gestellten Angebots- und Antragsunterlagen liegen die Beiträge, Versicherungsleistungen, Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen zugrunde, die zum Zeitpunkt der Aushändigung gelten.

### Informationen zum Versicherungsvertrag

10. **Zustandekommen des Vertrages**  
Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der Antrag oder falls der Vertrag im Wege des Fernabsatzgesetzes (per Telefon, per Internet) zustande kommt, Ihre diesbezügliche Vertragserklärung; unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein. Sie sind 14 Tage an Ihren Antrag gebunden (Antragsbindefrist). Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen rechtlich zustande.

### Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

11. **Widerrufsrecht**  
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb 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 § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

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

**WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.**  
Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten: 0931/2795-290.  
Einen Widerruf per E-Mail senden Sie bitte an: [widerruf@wuerzburger.com](mailto:widerruf@wuerzburger.com)

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

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

*Ende der Widerrufsbelehrung.*

### 12. Vertragslaufzeit

Die Laufzeit des Vertrages ist dem Versicherungsschein zu entnehmen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns fristgerecht vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsvertrages die Kündigung in Schriftform zugegangen ist. Es sei denn, es wurde vereinbart, dass der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer mit Ablauf des letzten Tages der Vertragszeit endet. Die Kündigungsfrist entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein oder den Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen.

### 13. Beendigung des Vertrages

Der beantragte Versicherungsschutz kann unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Die entsprechenden Voraussetzungen hierfür führen wir nachstehend auf:

#### Kündigung nach Schaden

Nach einem ersatzpflichtigen Schadenfall haben Sie die Möglichkeit den vom Schaden betroffenen Vertrag innerhalb eines Monats nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zu kündigen. Sie können nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

#### Kündigung nach Risikowegfall

Fällt das versicherte Risiko nach dem Beginn der Versicherung weg, erlischt Ihr Versicherungsschutz, jedoch frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem wir Kenntnis vom Wegfall des Risikos erlangt haben.

Bitte beachten Sie für die oben genannten Punkte, dass eine etwaige Kündigung grundsätzlich in Schriftform gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Telefax 0931. 2795-291;

E-Mail: [info@wuerzburger.com](mailto:info@wuerzburger.com) zu erfolgen hat.

#### Kündigung durch uns

Auch wir können unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherungsvertrag kündigen. Bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten, nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften, bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Folgeprämie, bei Verletzung einer Obliegenheit, nach Eintritt eines Versicherungsfalles oder bei Gefahrerhöhung können wir den Vertrag kündigen.

### 14. Anwendbares Recht

Der betreffende Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

### 15. Sprache

Für die Vertragsbedingungen, die Vorabinformationen sowie für die während der Laufzeit dieses Vertrages zu führende vertragliche Kommunikation gilt die deutsche Sprache.

### 16. Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied des Versicherungsombudsmann e.V. und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. Sie können deshalb das kostenlose und außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden sind. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

#### Anschriften:

Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 080632, 10006 Berlin,  
E-Mail: [info@versicherungsombudsmann.de](mailto:info@versicherungsombudsmann.de), Web: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22,  
10052 Berlin, Web: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

<b>Der Versicherungsumfang</b>	<b>2</b>	<b>Der Versicherungsbeitrag</b>	<b>7</b>
1. Was ist versichert?	2	11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	7
1.1 Grundsatz	2	11.1 Beitrag und Versicherungssteuer	7
1.2 Geltungsbereich	2	11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag	7
1.3 Unfallbegriff	2	11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	7
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	2	11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	7
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	2	11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	7
2.1 Invaliditätsleistung	2	11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	7
2.2 Unfallrente	3	<b>Weitere Bestimmungen</b>	<b>8</b>
2.3 GESTRICHEN	3	12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	8
2.4 Tagegeld	3	12.1 Fremdversicherung	8
2.5 Krankenhaustagegeld	3	12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	8
2.6 Todesfalleistung	4	13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	8
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	4	13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	8
2.8 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze	4	13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	8
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	4	13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	8
3.1 Krankheiten und Gebrechen	4	13.4 Anfechtung	8
3.2 Mitwirkung	4	13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	9
4. GESTRICHEN	4	14. GESTRICHEN	9
5. Was ist nicht versichert?	4	15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	9
5.1 Ausgeschlossene Unfälle	4	15.1 Gesetzliche Verjährung	9
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	5	15.2 Aussetzung der Verjährung	9
6. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	5	16. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	9
6.1 Umstellung des Kindertarifs	5	16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten	9
6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	5	16.2 Zuständige Gerichte	9
<b>Der Leistungsfall</b>	<b>6</b>	17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	9
7. Was ist nach einem Unfall zu beachten(Obliegenheiten)?	6	17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:	9
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	6	17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.	9
9. Wann sind die Leistungen fällig?	6	18. Welches Recht findet Anwendung?	9
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht	6		
9.2 Fälligkeit der Leistung	6		
9.3 Vorschüsse	6		
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	6		
<b>Die Vertragsdauer</b>	<b>6</b>		
10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	6		
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes	6		
10.2 Dauer und Ende des Vertrags	6		
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall	7		
10.4 Versicherungsjahr	7		

## Der Versicherungsumfang

### 1. Was ist versichert?

#### 1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

#### 1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

#### 1.3 Unfallbegriff

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

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

*Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.*

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

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

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

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

##### 1.4.2 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

##### 1.4.3 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

*Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen*

##### 1.4.4 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

##### 1.4.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

## 2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir 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.

## 2.1 Invaliditätsleistung

### 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

#### 2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

#### 2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

#### 2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

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

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

#### 2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

### 2.1.2 Art und Höhe der Leistung

#### 2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

#### 2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2). Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1	Gliedertaxe	
	Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.	
	Arm	70 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
	Hand	55 %
	Daumen	20 %
	Zeigefinger	10 %
	anderer Finger	5 %
	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
	Fuß	40 %
	große Zehe	5 %
	andere Zehe	2 %
	Auge	50 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %
	Geruchssinn	10 %
	Geschmackssinn	5 %
	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.	

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe  
Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.  
Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

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

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

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

*Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.*

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person  
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:  
– die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und  
– die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.  
Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

## 2.2 Unfallrente

### 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %. Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

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

### 2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

### 2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

#### 2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

Wir sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zu senden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

## 2.3 GESTRICHEN

## 2.4 Tagegeld

### 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

### 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

## 2.5 Krankenhaustagegeld

### 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation. Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

*Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses*

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

### 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

- 2.6 Todesfalleistung**
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung**  
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.  
Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziff. 7.5.
- 2.6.2 Art und Höhe der Leistung**  
Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.7 Kosten für kosmetische Operationen**
- 2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung**  
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.  
Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.  
Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt,
  - nach Abschluss der Heilbehandlung und
  - bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- 2.7.2 Art und Höhe der Leistung**  
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
  - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
  - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.8 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze**
- 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung**  
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
  - für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
  - für 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 oder
  - bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person oder
  - bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz
- entstanden.  
Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.
- 2.8.2 Art und Höhe der Leistung**  
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**
- 3.1 Krankheiten und Gebrechen**  
Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.  
Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.
- Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.*
- 3.2 Mitwirkung**  
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:
- 3.2.1** Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
  - bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.
- Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.*
- 3.2.2** Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.
- 4. GESTRICHEN**
- 5. Was ist nicht versichert?**
- 5.1 Ausgeschlossene Unfälle**  
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 5.1.1** Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, 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.
  - torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
  - balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.
- Ausnahme:  
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. 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 siebten 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.*

#### 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.

Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateure oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

#### 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 sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

#### 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

#### 5.2.3 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 diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

#### 5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangen. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch einen Zeckenstich mit FSME
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

*Beispiele:*

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

#### 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

### 6.1 Umstellung des Kindertarifs

#### 6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend,

oder

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

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

### 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

#### 6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

#### 6.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

## Der Leistungsfall

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

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

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

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

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 Verdienstausfall, 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 Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden 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 auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

### 9. Wann sind die Leistungen fällig?

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

### 9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir 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 eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme (Ziffer 2.6) beansprucht werden.

### 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. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre.

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

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

## Die Vertragsdauer

### 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

#### 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

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

#### 10.2 Dauer und Ende des Vertrags

##### 10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

##### 10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

- 10.2.3 Vertragsbeendigung**  
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.  
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall**  
Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,  
– wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben.  
oder  
– wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben,  
oder  
– wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.  
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.  
Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 10.4 Versicherungsjahr**  
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.  
Ausnahme:  
Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.  
*Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.*

## Der Versicherungsbeitrag

- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer**
- 11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode**  
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt  
– bei Monatsbeiträgen einen Monat,  
– bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,  
– bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und  
– bei Jahresbeiträgen ein Jahr.
- 11.1.2 Versicherungssteuer**  
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag**
- 11.2.1 Fälligkeit der Zahlung**  
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**  
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

- 11.2.3 Rücktritt**  
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag**
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**  
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 11.3.2 Verzug**  
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.  
Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.  
Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).
- 11.3.3 Zahlungsfrist**  
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.  
Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:  
– Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und  
– die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**  
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,  
– besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.  
– können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.  
Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**  
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.  
Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.  
Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.  
Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**  
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.
- 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**  
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und  
– Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,  
– die Versicherung nicht gekündigt war und  
– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,  
gilt Folgendes:
- 11.6.1** Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 11.6.2** Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

## Weitere Bestimmungen

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

#### 12.1 Fremdversicherung

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

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

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

#### 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

#### 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

#### 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

#### 13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

#### 13.2.2 Kündigung

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

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

#### 13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen

oder

- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

#### 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

#### 13.4 Anfechtung

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

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

- 13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**  
Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.
- 14. GESTRICHEN**
- 15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 15.1 Gesetzliche Verjährung**  
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- 15.2 Aussetzung der Verjährung**  
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?**
- 16.1 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.
- 16.1.1 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  
Telefon: 0800 369-6000  
Fax: 0800 369-9000  
E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)  
Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)  
Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.
- 16.1.2 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](mailto:poststelle@bafin.de)  
Internet: <https://www.bafin.de>  
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.
- 16.1.3 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:  
Würzburger Versicherungs-AG  
Bahnhofstr. 11  
97070 Würzburg  
E-Mail: [beschwerde@wuerzburger.com](mailto:beschwerde@wuerzburger.com)
- 16.2 Zuständige Gerichte**  
Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:
- 16.2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:**  
– das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.  
– das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- 16.2.2** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.
- 17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:**  
– an unsere Hauptverwaltung oder  
– an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.**  
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:  
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.  
Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 18. Welches Recht findet Anwendung?**  
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

---

**Würzburger Versicherungs-AG**  
Bahnhofstraße 11 | 97070 Würzburg  
Telefon 0931-27 95-0 | Telefax 0931-27 95 291  
Sitz der Gesellschaft Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500

Die folgenden Besonderen Bedingungen Royal 2026 sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert sind.

Sie gelten zusätzlich bzw. als Erweiterung zu den AUB 2026.

### Abweichungen zu den AUB 2026

<b>1. Erweiterungen des Unfallbegriffes</b>	<b>2</b>	<b>2.7 Kosten für kosmetische Operationen</b>	<b>3</b>
1.1 Erhöhte Kraftanstrengung	2	<b>2.8 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen</b>	<b>4</b>
1.2 Eigenbewegung	2	2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung	4
1.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen	2	2.8.2 Art und Höhe der Leistung	4
1.4 Tauchunfälle	2	<b>2.9 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit</b>	<b>4</b>
1.5 Erfrieren	2	2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung	4
1.6 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug	2	2.9.2 Nachweis	4
1.7 Sonnenbrand und Sonnenstich	2	2.9.3 Art und Höhe der Leistung	4
1.8 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen	2	<b>2.10 Leistung bei häuslicher 24-Stunden-Versorgung</b>	<b>4</b>
1.9 Insektenstiche / -bisse, Allergische Reaktionen	2	2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung	4
1.10 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge	2	2.10.2 Art und Höhe der Leistung	4
<b>2. Leistungserweiterungen</b>	<b>2</b>	2.10.3 Nachweise	4
2.1 Anmeldung zur Geltendmachung der Invalidität	2	2.10.4 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag	4
2.2 Verbesserte Gliedertaxe	2	<b>2.11 Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht</b>	<b>4</b>
2.3 Pflegebedürftigkeit	2	<b>2.12 Psychologische Hilfe nach Überfall / Geiselnahme</b>	<b>4</b>
2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung	2	<b>3. Krankheiten oder Gebrechen</b>	<b>5</b>
2.3.2 Leistung bei Tod der versicherten Person	3	<b>4. Erweiterungen Versicherungsschutz</b>	<b>5</b>
<b>2.4 Unfall-Pflege-Rente Royal (Modell 95)</b>	<b>3</b>	4.1 Bewusstseinsstörungen und Anfälle	5
2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung	3	<b>5. Ergänzende Bestimmungen zu den Obliegenheiten</b>	<b>5</b>
2.4.2 Art und Höhe der Leistung	3	5.1 Meldefrist bei Unfalltod	5
2.4.3 Beginn und Dauer der Leistung	3	5.2 Geringfügige Unfallfolgen	5
2.4.4 Kapitalabfindungsoption	3		
<b>2.5 Unfalltod (Todesfalleistung)</b>	<b>3</b>		
<b>2.6 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch (Modell 2)</b>	<b>3</b>		
2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung	3		
2.6.2 Art und Höhe der Leistung	3		
2.6.3 Ende des Versicherungsschutzes	3		

## Abweichungen zu den AUB 2026

### 1. Erweiterungen des Unfallbegriffes

#### (Ziff. 1.4 AUB 2026)

#### 1.1 Erhöhte Kraftanstrengung

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte Bauch- Unterleibs- oder Knochenbrüche.

#### 1.2 Eigenbewegung

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten als Unfall auch durch Eigenbewegung verursachte

- Verrenkungen eines Gelenks an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
- Bauch- Unterleibs- oder Knochenbrüche.

Eine Eigenbewegung liegt vor, wenn eine Bewegung planmäßig, beherrschbar, vollständig willensgesteuert und ohne Einwirkung von außen ausgeführt wird und Sie dabei ungewollt eine Körperschädigung erleiden.

Hat sich der Unfall nach Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person durch eine Eigenbewegung ereignet, sind unsere Leistungen auf die Dauer von 24 Monaten begrenzt.

#### 1.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2026 besteht Versicherungsschutz auch bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen (z. B. innere Unruhen), wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

#### 1.4 Tauchunfälle

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2026 gilt:

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.

#### 1.5 Erfrieren

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

#### 1.6 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff. Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

#### 1.7 Sonnenbrand und Sonnenstich

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

#### 1.8 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach Beendigung der Versicherung eintritt.

#### 1.9 Insektenstiche / -bisse, Allergische Reaktionen

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten auch nicht infektiös bedingte Gesundheitsschäden einschließlich allergischer Reaktionen infolge von

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

#### 1.10 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2026 gelten als Unfallfolge auch Gesundheitsschäden durch Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn diese innerhalb einer Stunde nach einem Unfall eintreten.

## 2. Leistungserweiterungen

### 2.1 Anmeldung zur Geltendmachung der Invalidität

Die in Ziff. 2.1.1.3 AUB 2026 genannte Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird auf 36 Monate erweitert. 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.

### 2.2 Verbesserte Gliedertaxe

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2026 erhält folgende Fassung:

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. Auf Ihren Wunsch kann die Bemessung des Invaliditätsgrads für die in der Gliedertaxe genannten Organe Milz, Niere und Lungenflügel auch nach Ziffer 2.1.2.2.2 AUB 2026 erfolgen.

### 2.3 Pflegebedürftigkeit

#### 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

##### 2.3.1.1

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 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 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.

- 2.3.1.2 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.
- 2.3.1.3 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.*
- 2.3.2 **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 2.3 sind erfüllt.
- Wir leisten nach dem Pflegegrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 2.4 **Unfall-Pflege-Rente Royal (Modell 95)**
- 2.4.1 **Voraussetzungen für die Leistung**  
Der Unfall führt zu
- einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % oder
  - zu einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 2.
- Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1.1 AUB 2026 und 3 AUB 2026, für die Pflegebedürftigkeit die Ziffern 2.3 und 3 AUB 2026.
- 2.4.2 **Art und Höhe der Leistung**  
Wir zahlen Unfall-Pflege-Rente monatlich in folgender Höhe:
- bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % oder bei Pflegegrad 2 die vereinbarte Grundrente,
  - bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 % oder bei Pflegegrad 3 die doppelte Grundrente,
  - bei einem Invaliditätsgrad von 100 % oder bei Pflegegrad 4 bzw. 5 die dreifache Grundrente.
- Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall oder bei Pflegebedürftigkeit bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- 2.4.3 **Beginn und Dauer der Leistung**
- 2.4.3.1 Wir zahlen die Unfall-Pflege-Rente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
  - monatlich im Voraus.
- 2.4.3.2 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 AUB 2026 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % 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.
- 2.4.4 **Kapitalabfindungsoption**
- 2.4.4.1 **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.
- 2.4.4.2 **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.
- 2.5 **Unfalltod (Todesfallleistung)**
- 2.5.1 Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und es ist bis dahin noch keine Invalidität eingetreten, so besteht in Ergänzung zu Ziffer 2.6.1 AUB 2026 Anspruch auf die vertraglich vereinbarte Todesfallsumme.
- 2.5.2 Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro bleiben die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 AUB 2026 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) unberücksichtigt.
- 2.5.3 In Ergänzung zu Ziffer 2.6 AUB 2026 gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunfall), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
- 2.5.4 **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 eines Unfalldods wegen desselben Unfalls
- mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind hinterlassen und
  - den hinterbliebenen Kindern die versicherte Todesfallleistung zusteht.
- 2.6 **Leistung bei Oberschenkelhalsbruch (Modell 2)**
- 2.6.1 **Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.6.1.1 Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages durch einen Unfall einen Oberschenkelhalsbruch erleidet.
- 2.6.1.2 Ein Oberschenkelhalsbruch ist ein hüftgelenksnaher Bruch des Oberschenkelknochens zwischen Kopf und Schaft des Knochens.
- 2.6.2 **Art und Höhe der Leistung**  
Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.6.3 **Ende des Versicherungsschutzes**  
Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungsleistung. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.
- 2.7 **Kosten für kosmetische Operationen**  
In Ergänzung zu Ziffer 2.7.1 AUB 2026 gehören alle natürlichen Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

- 2.8 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen**
- 2.8.1 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.
- 2.8.2 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.
- 2.9 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit**
- 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.9.1.1 Der Unfall führt zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4.
- 2.9.1.2 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.
- 2.9.2 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.
- 2.9.3 Art und Höhe der Leistung**  
Die Leistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.10 Leistung bei häuslicher 24-Stunden-Versorgung**
- 2.10.1 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, die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 der Unfallfolgen erfüllt sind.
- Die Leistungen des Dienstleisters müssen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden. Bestand für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) oder wurde bereits vor dem Zeitpunkt des Unfalls ein für eine 24-Stunden-Versorgung beauftragt, besteht kein Anspruch auf Leistung.
- 2.10.2 Art und Höhe der Leistung**
- 2.10.2.1 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.
- 2.10.2.2 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.
- 2.10.2.3 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.
- 2.10.2.4 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 % und mehr, bezogen auf den Hilfebedarf, mitgewirkt haben.
- 2.10.2.5 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.
- 2.10.3 Nachweise**  
In Ergänzung zu Ziffer 9 AUB 2026 benötigen wir noch folgende Unterlagen:
- 2.10.3.1 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.
- 2.10.3.2 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.
- 2.10.4 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag**  
Der monatliche Höchstbetrag nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 2.11 Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht**  
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. AUB 2026.
- 2.12 Psychologische Hilfe nach Überfall / Geiselnahme**  
Benötigt die versicherte Person nach einem Unfall oder einer Geiselnahme, dessen / deren Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Betreuung, übernehmen wir die Kosten für 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 Anspruch begrenzt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.2.6 der AUB 2026 gilt hierfür nicht.
- 2.13 Testament**  
Ein durch uns beauftragter Dienstleister berät die versicherte Person und deren mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner über die Testamentserstellung und erstellt dieses entsprechend. Ebenso ist eine Beratung und Änderung zu einem bestehenden Testament mitversichert.  
Die Leistung kann alle drei Jahre einmal abgerufen werden und ist mit maximal 200 Euro pro Abruf limitiert.  
Die Inanspruchnahme dieser Leistung berechtigt nicht zur Kündigung nach einem Versicherungsfall gemäß Ziffer 10.3. AUB 2026.

### **3. Krankheiten oder Gebrechen**

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, mindert sich im Falle einer Pflegebedürftigkeit der Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

Abweichend von Ziffer 3.2 AUB 2026 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn Krankheiten oder Gebrechen mindestens zu 35 % bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben.

### **4. Erweiterungen Versicherungsschutz**

#### **4.1 Bewusstseinsstörungen und Anfälle**

**4.1.1** In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2026 sind auch Unfälle infolge von

- Bewusstseinsstörungen oder Anfällen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert. 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,

**4.1.2** In Abänderung der Ziffer 5.1.1 AUB 2026 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden.

**4.1.3** Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2026 wird der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung beim Lenken von Kraftfahrzeugen nicht als Bewusstseinsstörung angesehen.

### **5. Ergänzende Bestimmungen zu den Obliegenheiten**

#### **5.1 Meldefrist bei Unfalltod**

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB 2026 wird die Anzeigefrist für den Unfalltod auf 21 Tage verlängert. Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

#### **5.2 Geringfügige Unfallfolgen**

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2026 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

### 1.1 Reha-Management Royal

#### 1.1.1 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 1.1.3 und 1.1.4. 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 1.1.3 und 1.1.4.1, 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 1.1.4.2 werden im Falle der Anerkennung unserer Leistungspflicht erbracht.

#### 1.1.2 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.

#### 1.1.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung)

1.1.3.1 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.

1.1.3.2 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 anderen 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.

1.1.3.3 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.

#### 1.1.4 Weitere Leistungen

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

##### 1.1.4.1.1 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.

##### 1.1.4.1.2 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.

1.1.4.2 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 1.1.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem Kostenträger übernommen werden.

##### 1.1.4.2.1 Hilfsmittelversorgung

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

##### 1.1.4.2.2 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.

##### 1.1.4.2.3 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.

##### 1.1.4.2.4 Reihenfolge der Kostenübernahmen

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

### 1.1.5 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.

### 1. Was ist versichert?

- 1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
- 1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistung nicht beansprucht werden.

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

#### 2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

#### 2.2 Umfang der Leistung

Nach Beauftragung durch uns führt der Dienstleister mit der betroffenen versicherten Person ein Erstgespräch zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, der vorhandenen Ressourcen und der Ermittlung und Abstimmung der einzelnen Hilfeleistungen. Die Leistung des Erstgesprächs umfasst erforderlichenfalls auch Gespräche mit Angehörigen. Nach Führung des Erstgesprächs informiert der Dienstleister uns über die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Vorgehensweise. Den festgestellten Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

#### 2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AUB 2026 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

### 3. Welche Leistungen sind versichert?

#### 3.1 Hilfsleistungen

##### 3.1.1 Menüservice

Die Leistung umfasst die Anlieferung von Menüs an die versicherte Person nach vorgegebener Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Angebot des Dienstleisters oder Dritter täglich heiß oder tiefgekühlt als Wochenblocks à sieben Mahlzeiten (eine Mahlzeit pro Wochentag), geliefert.

##### 3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

##### 3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir begleiten die versicherte Person, wenn deren persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten angeordnet bzw. erforderlich ist. Auf Wunsch der versicherten Person kann die Begleitung auch für einen Besuch des Friedhofs erfolgen. Für diese Leistungen stehen der versicherten Person max. drei Stunden pro Woche zur Verfügung.

#### 3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den allgemeinen Lebensbereich in der Wohnung der versicherten Person. Dazu gehören Wohn- und Schlafzimmer, Flur sowie Küche und Bad. Die Reinigung von Zimmern weiterer Familienmitglieder, von Kellern oder Außenbereichen ist ausgeschlossen. Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.

#### 3.1.5 Wäscheservice

Wir sorgen für das Waschen und Pflegen der Kleidung und Wäsche der versicherten Person. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.

#### 3.1.6 Hausnotruf

Bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) wird der versicherten Person bei Bedarf ein Hausnotrufgerät zur Verfügung gestellt. Diese Leistung umfasst die Installation des Hausnotrufgerätes in der Wohnung und die Einweisung, die Aufschaltung des Hausnotrufgerätes auf die rund um die Uhr besetzte Hausnotrufzentrale des Dienstleisters sowie die Bearbeitung von Notrufen.

#### 3.2 Organisation von Hilfsleistungen

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

##### 3.2.1 Unterbringung von Haustieren

Wir organisieren nach Anweisung der versicherten Person die Unterbringung eines Haustieres in einem Tierheim oder die Betreuung des Haustieres durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde der versicherten Person. Die Leistung umfasst nicht die Beaufsichtigung, Fütterung oder Beschäftigung des Haustieres durch Mitarbeiter des Dienstleisters.

##### 3.2.2 Pflegeschulung

Sollte ein Angehöriger der versicherten Person Pflegeleistungen übernehmen wollen, so wird dieser Angehörige und die versicherte Person bezüglich der Pflegemaßnahmen geschult. Diese Leistung steht einmalig zur Verfügung.

#### 3.3 Pflegeleistung

Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

### 4. Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

4.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1. erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

4.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Ein Anspruch auf Sachleistungen besteht nicht, soweit für die gleiche Leistung bereits Leistungen durch die Pflegekasse oder eine private Krankenversicherung (PKV) erbracht werden oder ein Anspruch hierauf besteht. Leistungen der

Pflegekasse sowie der privaten Krankenversicherung gehen den Leistungen aus diesem Vertrag vor. Eine Leistungspflicht auf Sachleistungen aus diesem Vertrag entsteht daher erst, soweit und nachdem vorrangige Ansprüche ausgeschöpft sind und verbleibender Bedarf besteht.

Wir erbringen Sachleistungen in Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

## 5. Voraussetzungen und Umfang der Leistung

5.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3 auch für nahestehende Personen der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist. Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

Ausgeschlossen sind die Hilfs- und Pflegeleistungen für nahestehende Personen, wenn die häusliche Gemeinschaft noch nicht länger als ein Jahr besteht oder wenn es sich bei der häuslichen Gemeinschaft um eine reine Zweckgemeinschaft oder eine Wohngemeinschaft mit mehr als 2 Mitbewohnern handelt.

### 5.2 Dauer der Leistung

5.2.1 Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 5.1 erfüllt.

5.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu sechs Monaten. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend.

5.2.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

5.2.4 Unsere Leistungen nach Ziffer 5 erbringen wir längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag der versicherten Person an gerechnet.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2026 gelten folgende Obliegenheiten:

6.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen. Dies gilt auch für Personen, die gemäß Ziffer 5 unsere Leistungen erhalten.

6.2 Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

6.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich mitzuteilen. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 AUB 2026 entsprechend.

## 7. Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebenen Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

---

### Schadenmeldung:

Sie können Ihren Schaden einfach und schnell online melden:  
<https://www.travelsecure.de/schaden-melden.html>  
Gerne auch per Post oder telefonisch.

---

### Würzburger Versicherungs-AG

Bahnhofstraße 11 | 97070 Würzburg  
Telefon 0931-27 95-0 | Telefax 0931-27 95 291  
Sitz der Gesellschaft Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500

### 1. Premium-Hilfsleistungen

Benötigt die versicherte Person nach einem mindestens 7-tägigen unfallunabhängigen, vollstationären Krankenhausaufenthalt bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu Hause Hilfe, erbringen wir als Versicherer, nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit, gerechnet ab der Mitversicherung der Premium-Hilfsleistungen, die in den Besonderen Bedingungen für Hilfsleistungen/Pflege (BB H/P 2026) beschriebenen Hilfs- und Pflegeleistungen. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als Krankenhausaufenthalt. Für die Erbringung der Hilfs- und Pflegeleistungen bedienen wir uns qualifizierter Dienstleister. Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistung nicht beansprucht werden.

Wir erbringen die beschriebenen Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die versicherte Person der Hilfe bedarf.

Werden aufgrund einer chronischen Erkrankung mehrere Krankenhausaufenthalte wegen derselben Ursache erforderlich, wird die Leistung nur einmal erbracht.

## Hinweise zur Datenverarbeitung bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Versicherer können heute ihre Aufgabe nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich bearbeiten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zu Ihrer Person (personenbezogene Daten) bezeichnen wir im Folgenden vereinfachend als „Datenverarbeitung“. Diese Datenverarbeitung ist zulässig, wenn es die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), die datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt oder wenn Sie eingewilligt haben.

Gerne informieren wir Sie hier über Ihre Rechte.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Würzburger Versicherungs-AG  
Bahnhofstraße 11  
97070 Würzburg  
Telefon: 0931-2795-0  
Fax: 0931-2795-290  
Email: info@wuerzburger.com

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter obiger Adresse oder unter [datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com](mailto:datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com)

### Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter der Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder aller weiteren Rechtsvorschriften. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Den Code of Conduct Datenschutz und weitere Einzelheiten zum Datenschutz finden Sie bei uns auf der Homepage unter [www.wuerzburger.com/datenschutz.html](http://www.wuerzburger.com/datenschutz.html).

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen, Ihnen eine Rechnung schicken zu können oder Sie darüber zu informieren, wie Sie am einfachsten Ihre Rechte und Leistungen geltend machen können. Angaben in Schaden- und Leistungsfällen benötigen wir zur Prüfung, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Vertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Beeinträchtigung, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Sachschaden oder bei erfolgter Schadenregulierung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

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

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung von personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b.) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir gesondert Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j.) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG. Die Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. 7 DSGVO können Sie jederzeit für die Zukunft formlos unter der obigen Adresse widerrufen.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir die Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können (Betrugsbekämpfung).

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und Verpflichtungen. Dazu gehören z.B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungs- und Betreuungspflicht. Als Rechtsgrundlage dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 1c.) DSGVO.

### Weitere Empfänger personenbezogener Daten

#### Vermittler:

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an den Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zur Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

#### Externe Dienstleister:

Wir arbeiten mit ausgewählten Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erfüllen zu können. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen bzw. Unternehmenskategorien, mit denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version der Dienstleisterliste können Sie auf unserer Internetseite [www.wuerzburger.com](http://www.wuerzburger.com) einsehen.

#### Rückversicherer und andere Versicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer werden wir auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Versicherer und Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese benötigen im Einzelfall versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Leistungsfall ggf. auch Ihre Personalien.

#### Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

#### Speicherungsdauer Ihrer Daten

Wir speichern Ihre Daten für die Laufzeit Ihres Vertrages und der Bearbeitung Ihres Leistungsfalles. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungspflichten betragen bis zu zehn Jahren.

#### Ihre Datenschutzrechte

Sie haben ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten und deren Verwendung, sowie ein Recht auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von uns gespeicherten Daten auf Wunsch in einem gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas geändert bzw. berichtigt haben wollen, wenden Sie sich an die oben genannte Adresse.

#### Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z. B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrages) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten automatisierten Einzelfallentscheidung zugrunde zu legen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Information.

Falls wir dem Antrag auf Versicherungsleistung nicht oder nur teilweise nachkommen, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Einwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

#### Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach