ALTEOS

Alteos Unfallversicherung

Vertragsunterlagen – Gold

Risikoträger: AXA Versicherung AG | Stand: September 2023

Alteos Unfallversicherung
Vertragsunterlagen – Gold

Leistungsübersicht 3

Versicherungsbedingungen 6

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) 40

Vertragsinformationen (Allgemeine Kundeninformationen) 42

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht 48

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten 50

Leistung	Gold
→ **Invaliditätsleistung**	
· Gliedertaxe	Gold
· Eintritt und ärztliche Feststellung innerhalb von	24 Monate
· Geltendmachung der Invalidität innerhalb von	24 Monate
· Sofortleistung bei schweren Verletzungen/Verletzungsgeld bis	10% der Invaliditäts-summe, max. 10.000€
→ **Kosmetische Operationen und Reha**	
· Kosmetische Operationen bis	75.000 €
· Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs bis	✕
· Ersatz natürlichen Zähne bis	75.000 €
· Ersatz künstlichen Zähne sowie Prothesen und weiteren Implantaten bis	✕
· Kur- und Reha-Tagegeld, einmalig bis zu	30.000 €
· Physiotherapie und Osteopathie bis zu	1.000 €
→ **Erweiterter Unfallbegriff**	
· Unfall durch Eigenbewegungen	✓
· Erhöhte Kraftanstrengung	✓
· Zerrungen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Menisken sowie Verrenkungen eines Gelenks	✕
· Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	✓
· Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente	✓
· Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Führen von Kfz bis	1,3‰
· Bewusstseinsstörungen bei epileptischen und anderen Krampfanfällen	✓
· Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Störungen	✓
· Strahlenschäden (außer Kernenergie), auch Sonnenbrand und Sonnenstich	✓
· Terroranschläge	✓
· Passives Kriegsrisiko für bis zu ... Tage	14
· Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen (Teilnahme an einer Schlägerei ohne Urheber zu sein)	✓
· Verbesserte Infektionsklausel, z.B. Zeckenstiche	✓
· Vergiftungen auch für Erwachsene (auch durch Pflanzen, Nahrungsmittel etc.)	✓
· Impfschäden (inkl. Corona Schutzimpfungen)	✓
· Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe	✓
· Verschlucken und Einführen fester oder flüssiger Stoffe bei Erwachsenen	✓
· Blutvergiftung und Wundinfektionen	✓
· Allergische Reaktionen	✓
· Psychische Erkrankung durch Unfall	✓

Leistung	Gold
· Druckwellen und sonstige Einwirkungen (z.B. Knalltrauma, Stromschlag, Verätzung)	✓
· Erfrierungen	✓
· Ertrinken und Ersticken	✓
· Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug	✓
· Bewusstseinsstörungen durch Zuckerschock (Über- oder Unterzuckerung)	✓
· Höhenkrankheit	✓
→ **Kinder und Familie**	
· Beitragsfreie Mitversicherung von Invalidität bis zu 12 Monate bei Eheschließung/Eintragung einer Lebensgemeinschaft	25.000 €
· Beitragsfreie Mitversicherung von Invalidität für 12 Monate (Neugeborene, Adoptiv- und Pflegekinder)	100.000 €
· Vorsorgeversicherung für bis zu 12 Monate für Kinder und Partner für einen Todesfall	10.000 €
· Doppelte Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile bis	40.000 €
Besondere Leistungen bis zum 14. Lebensjahr	
· Verschlucken und Einführen fester oder flüssiger Stoffe	✓
· Kinderbetreuung und Haushaltshilfe bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung oder Tod des betreuenden Elternteils	30.000 €
· Schulausfallgeld/Nachhilfeunterricht 30 Euro pro Tag, bis zu	30.000 €
· Rooming-in-Leistung für begleitende Elternteile von 75€/Nacht für bis zu 75 Übernachtungen	✓
· Lenken von Land- oder Wasserfahrzeugen ohne Führerschein	✓
→ **Sport und Reise weltweit**	
· Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze weltweit bis	75.000 €
· Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen (auch Oberschenkelhalsbruch) und Bänderrissen	200 €
· Fahrtveranstaltungen (ohne Renncharakter) und Kartrennen mit Freizeitcharakter	✓
· Kitesurfen und Kitesport	✓
· Tauchunfälle inklusive Behandlung in Dekompressionskammer	✓
· Luftsportrisiko (außer beruflicher Tätigkeit), z. B. bei Fallschirm-Tandemsprung	✓
→ **Beruf**	
· Voller Versicherungsschutz bei Berufswechsel mit Tätigkeiten in höherer Gefahrengruppe bei versehentlicher Nichtanzeige	✓
· Beitragsbefreiung bei der Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers bis ... Monate	12 Monate
· Beitragsbefreiung bei der Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers bis ... Monate	✗
· Beitragsbefreiung bei Kurzarbeit bis ... Monate	✗
· Umschulungsmaßnahmen für unfallbedingte Berufsunfähigkeit	✗

Leistung	Gold
→ **Sonstiges**	
· Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab …	75%
· Todesfallleistung bei Verschollenheit bis zu	2 Jahre
· Invaliditätsneufeststellung durch Versicherten bis 5 Jahre / durch Alteos bis 3 Jahre	✓
· Krebs-Soforthilfe	✗
· Max. Dauer Krankenhaustagegeld	5 Jahre
· Max. Dauer Genesungsgeld, Komageld und doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland	5 Jahre
· Krankenhaustagegeld für eine ambulante Operation	3 Tagessätze
· Max. Dauer Tagegeld	5 Jahre
· Tägliches Kündigungsrecht	✓
· Behinderungsbedingte Mehrkosten	✗
· Beitragsfreie Bauhelfer-Unfallversicherung für private Bauvorhaben	✓
→ **Garantien**	
· Besitzstandgarantie (Übernahme Leistungsumfang Vorversicherung bis zu)	✗
· Leistungs-Update Garantie	✓
· Keine Gesundheitsprüfung	✓
· GDV-Mindeststandard	✓
· Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“	✓
Kombinationsvorteile mit anderen Alteos Versicherungen	
· Bei Kombination mit Privathaftpflichtversicherung „Diamant“: Erstattung der nachgewiesenen Kosten für die veterinärmedizinischen Behandlungsmaßnahmen eines Haustieres aufgrund desselben Unfallereignisses bis 1.000 €	✗
· Bei Kombination mit Hausratversicherung „Diamant“: Ersatz der Wiederbeschaffungskosten für die durch den Unfall beschädigten Sachen bis 300 €	✗
→ **Die hier aufgeführten Leistungen sind verkürzt dargestellt. Für den genauen Umfang des Versicherungsschutzes ist die Leistungsübersicht zusammen mit den nachfolgenden Versicherungsbedingungen maßgebend. | Stand: September 2023**	→

ALTEOS

Alteos Unfallversicherung – Gold
Versicherungsbedingungen

(Stand: September 2023)

1. Der Versicherungsumfang. Was ist versichert? 9
1.1 Grundsatz 9
1.2 Geltungsbereich 9
1.3 Unfallbegriff 9
1.4 Erweiterter Unfallbegriff und Versicherungsschutz 9

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? 13
2.1 Invaliditätsleistung 13
2.2 Unfallrente 15
2.3 Übergangsleistung 16
2.4 Tagegeld 16
2.5 Krankenhaustagegeld 17
2.6 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld) 17
2.7 Auslandskrankenhaustagegeld 17
2.8 Komageld 17
2.9 Todesfallleistung 17
2.10 Extra-Kindergeld/Doppelte Todesfallleistung 18
2.11 Kosten für kosmetische Operationen 18
2.12 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze 18
2.13 Rooming-in-Leistung 19
2.14 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern 19
2.15 Kur- und Reha-Tagegeld 19
2.16 Kosten für Nachhilfeunterricht 20
2.17 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss 20
2.18 Sofortleistung bei Schwerverletzten 20
2.19 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie 20
2.20 Vorsorgeversicherung 21
2.21 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“ 21
2.22 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen 21
2.23 Deckungsgarantie beim Versichererwechsel 22

3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? 22
3.1 Krankheiten und Gebrechen 22
3.2 Mitwirkung 22

4. Welche Personen sind nicht versicherbar? 22

5. Was ist nicht versichert? 22
5.1 Straftaten 22
5.2 Luftfahrt und Luftsport 22
5.3 Rennveranstaltungen 23
5.4 Kernenergie 23
5.5 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden 23

6. Vertragsumstellung nach Alter und weitere Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? 23
6.1 Dynamische Beitragsanpassung 3% 23
6.2 Vertragsumstellung nach Alter 24
6.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung 24
6.4 Mitteilung der Änderung 24
6.5 Auswirkungen der Änderung 24
6.6 Versehensklausel 24

7. Der Leistungsfall. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? 25
7.1 Hinzuziehung eines Arztes 25
7.2 Auskunftserteilung 25
7.3 Ärztliche Untersuchung 25
7.4 Meldefrist bei Unfalltod 25
7.5 Anzeige der Pflegebedürftigkeit 25

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 25

9. Wann sind die Leistungen fällig? 26
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht 26
9.2 Fälligkeit der Leistung 26
9.3 Vorschüsse 26
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades 26

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? 26
10.1 Beginn 26
10.2 Vertragsdauer 26
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall 27
10.4 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit 27

11. Versicherungsbeitrag 27
11.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Beitragszahlung und Versicherungsperiode 27
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag 27
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 28
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat 28
11.5 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 28
11.6 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit 29
11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit 29

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 29
12.1 Fremdversicherung 29
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller 29
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen 30

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 30
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht 30
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 30
13.3 Rücktritt 30
13.4 Kündigung 31
13.5 Vertragsänderung 31
13.6 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte 31
13.7 Anfechtung 31
13.8 Erweiterung des Versicherungsschutzes 31

14. Tarifanpassung 32
14.1 Bestimmungen über die Beitragsanpassung 32
14.2 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung 33

15. Sanktionsklausel 33

16. Klärung von Meinungsverschiedenheiten, Beschwerdemöglichkeit 33
16.1 Versicherungsombudsmann 33
16.2 Versicherungsaufsicht 34
16.3 Rechtsweg 34

17. Höchstsummenbegrenzung 34

18. Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung 35
18.1 Gesundheitsprüfung 35
18.2 Anhang zu Ziffer 6.3: Hinweise zur Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung 35

Versicherer:

AXA Versicherung AG (nachfolgend AXA), Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln

AXA hat die **Alteos GmbH**, vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Sebastian Sieglerschmidt, Tauentzienstraße 7 b/c, 10789 Berlin (nachfolgend auch „Alteos"), mit der Vertragsverwaltung beauftragt.

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen (z.B. Kündigungen oder Schadenmeldungen) sind an Alteos zu richten.

1. Der Versicherungsumfang. 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 Vertrages 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 und Versicherungsschutz

Nachfolgend werden Erweiterungen zum Unfallbegriff und Versicherungsschutz geregelt.

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

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

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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

(A) ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, im Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 Eigenbewegung

Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte

- Bauch-, Unterleibs- sowie Knochenbrüche,
- Schenkelhalsfraktur und Armbruch,
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

1.4.3 Vergiftungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

(A) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), z.B. durch Alkohol,

(B) Nahrungsmittelvergiftungen,

(C) Vergiftungen, die durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,

(D) Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe – wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren etc. durch unabwendbare Umstände bis zu 7 Tage lang ausgesetzt ist –

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Berufskrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.4.4 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.4.5 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt, gelten als unfreiwillig erlitten.

1.4.6 Erfrierung

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden durch Erfrierung erleidet.

1.4.7 Entzug

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug erleidet.

1.4.8 Strahlen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser-, ultraviolette (UV)- und Wärmestrahlen (Sonnenbrand und Sonnenstich) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Berufskrankheiten durch regelmäßiges Hantieren mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten sowie Kernenergie sind nicht mitversichert (siehe 5.4 und 5.5).

1.4.9 Druckwellen und sonstige Einwirkungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

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

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.10 Bewusstseinsstörungen

(A) 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 eine gesundheitliche Beeinträchtigung, sowie Konsum von Alkohol, Drogen oder sonstigen Mitteln (z.B. Medikamenten), die das Bewusstsein beeinträchtigen, sein.

Beispiele: Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

(B) Mitversichert sind Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen durch

- ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- einen Herzinfarkt oder Schlaganfall – ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall,
- Alkoholkonsum – beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,3 Promille beträgt.
- Einnahme von Medikamenten,
- ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen“, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt worden ist,
- Herz-Kreislauf-Störungen und Ohnmachtsanfälle, auch sofern diese witterungsbedingt eingetreten sind,
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken,
- einen Zuckerschock (Über- oder Unterzuckerung) aufgrund einer Diabetes-Erkrankung – ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden z.B. Nervenschädigungen.

Andere Unfälle durch Bewusstseinsstörungen bleiben ausgeschlossen.

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

1.4.11 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

(B) Dies gilt jedoch nicht

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

In diesen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(C) Weiterhin versichert sind Unfallfolgen durch

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

1.4.12 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

(A) Als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug) besteht der vereinbarte Versicherungsschutz. Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind.

Beispiel: Bei einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung.

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

(C) Es besteht Versicherungsschutz für Ärzte oder medizinisches Bordpersonal während ihrer beruflichen Tätigkeit an Bord von Flugzeugen bzw. Hubschraubern, solange sie das Fluggerät nicht selbst steuern.

(D) Kitesurfen und Kitesport wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen und ist daher mitversichert.

(E) Für Luftfahrten als berufsmäßiger Pilot oder Besatzungsmitglied und/oder Luftsport (siehe 5.2) besteht kein Versicherungsschutz.

1.4.13 Fahrtveranstaltungen

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

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

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

(D) Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter (siehe 5.3) besteht kein Versicherungsschutz.

1.4.14 Eingriffe durch Heilmaßnahmen

(A) Für unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

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

(B) Weiterhin besteht Versicherungsschutz bei Eingriffen des täglichen Lebens.

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

1.4.15 Infektionen

Die versicherte Person infiziert sich

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

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

(B) durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die im Sinne von Ziffer 1.4.14 Versicherungsschutz besteht,

(C) unabhängig vom Übertragungsweg (auch abweichend von Ziffer 1.4.15(A) besteht Versicherungsschutz bei einer Infektion durch einen Erreger (z.B. auch durch Tier-, Zeckenbisse oder Insektenstiche) von folgenden Infektionskrankheiten:

- Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Gürtelrose/Windpocken, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Gelbfieber, Hirnhautentzündung(Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus, Tetanus (Wundstarrkrampf), Tuberkulose.

Andere Infektionen bleiben ausgeschlossen.

(D) Als Unfallereignis gelten auch

- Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen. Erleidet die versicherte Person nach einer erfolgten Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall (z.B. nach Schutzimpfung gegen COVID-19)]. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- Wundinfektionen und Blutvergiftungen infolge eines Unfallereignisses.
- geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, einschließlich allergischer Reaktionen, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde. Dies gilt auch für die versicherte Person, die sich bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase infiziert und eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.

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

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

1.4.16 Psychische Erkrankung durch Unfall

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

1.4.17 Höhenkrankheit

Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

1.4.18 Führen von Land- oder Wasserfahrzeugen bei Minderjährigen

Versicherungsschutz ist bei Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres auch dann gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein.

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

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen sowie die geltenden Fristen.

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

(A) Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

(B) 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.

2.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

(A) Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

(C) Abweichend von Ziffer 2.1.2(A) beginnt die dort genannte Frist bei den Infektionskrankheiten in Fällen von Ziffer 1.4.15(A) bis Ziffer 1.4.15(D) nicht mit dem Unfall, sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektionskrankheit durch einen Arzt.

2.1.3 Geltendmachung der Invalidität

(A) Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.4 Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

(B) In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.9), sofern diese vereinbart ist.

2.1.5 Art und Höhe der Leistung

(A) Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

(B) Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.6 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

(A) Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.7), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- sonst danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.8).

(B) 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).

2.1.7 Gliedertaxe

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

· Arm	75%
· Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70%
· Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65%
· Hand	70%
· Daumen	30%
· Zeigefinger	20%
· Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%
· Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
· Bein bis unterhalb des Knies	60%
· Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55%
· Fuß	55%
· Große Zehe	10%
· Auge	60%
· Auge, sofern das andere Auge vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits vollständig verloren bzw. funktionsunfähig war	75%
· Gehör auf einem Ohr	40%
· Kleiner Finger	7%
· Anderer Finger	10%
· Andere Zehe	5%
· Geruchssinn	15%
· Geschmackssinn	8%
· Stimme	100%

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%).

2.1.8 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

2.1.9 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.7 und Ziffer 2.1.8 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 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%.

2.1.10 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 (40%). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110% ergibt, ist die Invalidität auf 100% begrenzt.

2.1.11 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

(A) 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 2.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffern 2.1.1 bis 2.1.4 sind erfüllt.

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

2.2 Unfallrente

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung der Unfallrente vereinbart, gilt zusätzlich:

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

(A) Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

(B) Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 bis 2.1.4 und 2.1.6.

(C) Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.11.

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

(A) Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

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

2.3 Übergangsleistung

Wurde bei Vertragsschluss die Übergangsleistung vereinbart, gilt zusätzlich:

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

(A) Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- um 50% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

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

(B) Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei Monaten ausgehen.

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

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

(A) Wir leisten die in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme der Übergangsleistung.

(B) Wenn eine 100%ige Beeinträchtigung vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei Monate besteht, zahlen wir ein Viertel der versicherten Übergangsleistung als Vorschuss.

2.4 Tagegeld

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung des Tagegeldes vereinbart, gilt zusätzlich:

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung ist, dass die versicherte Person unfallbedingt in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung ist.

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.

2.4.3 Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

(A) nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.

(B) nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalles nicht berufstätig war.

2.4.4 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.

2.4.5 Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Bei stationärer Behandlung auch darüber hinaus.

(A) Über das erste Unfalljahr hinaus wird gezahlt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch in stationärer Behandlung befindet. Das Tagegeld wird für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts sowie für längstens 14 Tage danach gezahlt.

2.5 Krankenhaustagegeld

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung des Krankenhaustagegeldes vereinbart, gilt zusätzlich:

2.5.1 Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person

(A) unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung ist oder

(B) sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unterzieht.

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

2.5.2 Der Krankenhaustagegeldanspruch entfällt nicht,

- wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;
- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

2.5.3 Höhe und Dauer der Leistung. Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

(A) für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, jedoch längstens für 5 Jahre innerhalb von fünf Jahren ab dem Tag des Unfalls.

(B) für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)

2.6.1 Zusätzlich zahlen wir Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen und in gleicher Höhe, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, jedoch längstens für 5 Jahre.

2.6.2 Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären oder ambulanten chirurgischen Behandlung entlassen worden ist und Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5 hatte.

2.7 Auslandskrankenhaustagegeld

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens für 5 Jahre, den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2.8 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt, so wird für die Zeit dieses Zustands als zusätzliche Leistung ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ab dem Unfalltag geleistet.

2.9 Todesfallleistung

2.9.1 Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person unfallbedingt im zweiten Jahr an den Unfallfolgen verstirbt und keine Invalidität nach Ziffer 2.1 eingetreten ist. Beachten Sie dazu die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.3.

2.9.2 Ergänzend gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall rechtswirksam für tot erklärt wurde.

2.9.3 Art und Höhe der Leistung**.** Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.10 Extra-Kindergeld/Doppelte Todesfallleistung

2.10.1 Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 40.000 €.

2.10.2 Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

2.11 Kosten für kosmetische Operationen

2.11.1 Voraussetzung für die Leistung ist, dass sich die versicherte Person einer kosmetischen Operation unterzogen hat, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne (dazu zählen auch Inlays und Kronen) zum äußeren Erscheinungsbild. Künstliche Zähne sind kein Teil des Körpers, sondern Hilfsmittel und als solche nicht versichert.

2.11.2 Die kosmetische Operation erfolgt

(A) durch einen Arzt,

(B) nach Abschluss der Heilbehandlung und

(C) 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.

2.11.3 Art und Höhe der Leistung. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

(A) Arzthonorare und sonstige Operationskosten,

(B) notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

(C) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Der Ersatz ist insgesamt auf 75.000 € begrenzt.

2.12 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung: Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer entstanden.

2.12.2 Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z.B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.12.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz oder einem Krankenhaus in der Nähe, soweit die Mehrkosten auf ärztlicher Anordnung beruhen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

2.12.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

2.12.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.12.6 Art und Höhe der Leistung

- Wir leisten Ersatz für nachgewiesene Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von 75.000 €.
- Therapiekosten einer Druckkammerbehandlung werden zusätzlich bis maximal 75.000 € übernommen.
- Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

2.13 Rooming-in-Leistung

2.13.1 Befindet sich das versicherte Kind (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) nach einem Unfallereignis (gemäß Ziffer 1.3) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für maximal 75 Übernachtungen ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 75 € je Tag gezahlt.

2.13.2 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.14 Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern

2.14.1 Wir erstatten nachgewiesene Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern bis zu maximal 30.000 € begrenzt je Unfallereignis, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende Person wegen eines Unfalls, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet,
- im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zum Versicherten unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist und
- eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

2.14.2 Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.14.3 Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

2.15 Kur- und Reha-Tagegeld

Wir zahlen entsprechend den nachfolgenden Regelungen ein Kur- und Reha-Tagegeld.

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltage an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.15.2 Bei ambulanten Kur- und Reha-Maßnahmen werden nur die tatsächlichen Behandlungstage gezählt.

2.15.3 Art und Höhe der Leistung: Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 50 € täglich und wird einmalig innerhalb des o. g. Zeitraums gewährt, höchstens jedoch 30.000 €.

2.15.4 Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kur oder Reha-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.16 Kosten für Nachhilfeunterricht

2.16.1 Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 € pro ausgefallenen Schultag.

2.16.2 Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaustagegeld-Leistung erstattet. Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 30.000 € begrenzt.

2.17 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss

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

2.18 Sofortleistung bei Schwerverletzten

2.18.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, zahlen wir einmalig eine Leistung von 10% der Invaliditätssumme, maximal 10.000 €:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Hautoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5% Rest-Sehschärfe beider Augen)

oder

- schwere Mehrfachverletzung Polytrauma),
- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarms oder des Ober- und Unterschenkels oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens,
- Fraktur der Wirbelsäule,
- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

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

2.18.3 Wird dem Versicherer das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und in Textform mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird geleistet.

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

2.19 Heilmittel – Physiotherapie und Osteopathie

2.19.1 Sind nach einem Unfall eine der folgenden Therapien notwendig, die vom Sozialversicherungsträger oder privaten Krankenversicherer nicht erstattet werden, übernehmen wir die Kosten bis zu einem Betrag von 1.000 € (inkl. Eigenanteil).

2.19.2 Therapien sind:

- Massagetherapie
- Lymphdrainage
- Bewegungstherapie
- Krankengymnastik
- Traktionsbehandlung

- Elektrotherapie
- Wärmetherapie
- Kältetherapie
- Medi-Taping
- Osteopathische Behandlung

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

2.20 Vorsorgeversicherung

2.20.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

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

(B) Wird das Kind innerhalb dieses Zeitraums beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so bleibt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres erhalten, wobei ab dem Einschlusszeitpunkt die jeweils höheren Versicherungssummen (gemäß Ziffer 2.20.1(A) oder neu beantragt) gelten.

(C) ungeborene Kinder sind während der Schwangerschaft für den Fall von Gesundheitsschäden infolge einer direkten Unfalleinwirkung oder eines Unfalles der versicherten Mutter im Umfang von Ziffer 2.20.1(A) versichert.

2.20.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Vertragslaufzeit ist der Ehegatte/der eingetragene Lebenspartner bis zur nächsten Hauptfälligkeit mit 25.000 € für den Invaliditätsfall (ohne Progression) mitversichert.

2.20.3 Vorsorgeversicherung für private Bauvorhaben (Bauhelfer-Unfallversicherung)

(A) Zusätzlich zu den über diesen Vertrag versicherten Personen besteht für die Dauer eines privaten Bauvorhabens des Versicherungsnehmers auch Versicherungsschutz für maximal vier Bauhelfer, längstens jedoch für 5 Jahre.

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

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

(D) Art und Höhe der Leistungen betragen für die Bauhelfer während des Bauvorhabens gemäß Ziffer 2.22.3:

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

2.21 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“

2.21.1 Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechterstellen als die von dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Empfehlung auf Basis AUB vom März 2020).

2.21.2 Darüber hinaus garantieren wir Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte die Mindeststandards der Empfehlung des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“ in der Version vom 28.09.2015 voll erfüllen.

2.22 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

2.22.1 Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen im Hinblick auf den Leistungsumfang ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

2.22.2 Ausgenommen hiervon sind künftige Leistungserweiterungen, die auch bei Neuverträgen gesondert gegen Zahlung eines zusätzlichen Beitrages versichert werden müssen.

2.23 Deckungsgarantie beim Versichererwechsel

Endet bei einem Versichererwechsel die Vorversicherung um 12 Uhr des Tages vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Tag des Versicherungsbeginns, beginnt der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss daran, damit keine Versicherungslücke entsteht.

Wichtiger Hinweis zu allen vorgenannten Punkten

Die in diesen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (dynamische Anpassung, Ziffer 6.1) nicht teil.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

3.2.1 Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, mindern wir die Leistung um den Anteil, den die Krankheiten an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen haben (Mitwirkungsanteil).

Beispiel: Eine Beinverletzung hat zu einem Invaliditätsgrad von 20% geführt. Dabei hat ein Diabetes zu 80% mitgewirkt. Die Auszahlung der Leistung wird um 80% gekürzt.

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

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar sind dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im höheren Maß auf Hilfe angewiesen ist. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Annahmerichtlinien ist die Einstufung in den Pflegegrad 3.

5. Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1 Straftaten

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

5.2 Luftfahrt und Luftsport

5.2.1 Unfälle der versicherten Person

(A) als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

(B) als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

(C) bei beruflichen Tätigkeiten, die mithilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: als Luftfotograf, bei Sprühflügen zur Schädlingsbekämpfung

5.3 Rennveranstaltungen

5.3.1 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

5.3.2 Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

5.4 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.5 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.5.1 Bandscheiben und Blutungen

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme: Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (d.h. zu mehr als 50%) verursacht und für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.5.2 Strahlen

Berufskrankheiten durch regelmäßiges Hantieren mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten sowie Gesundheitsschäden durch Kernenergie.

6. Vertragsumstellung nach Alter und weitere Tarifänderungen während der Vertragslaufzeit. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Dynamische Beitragsanpassung 3%

Sofern Sie mit uns eine Unfallversicherung vereinbart haben, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden, gilt Folgendes:

6.1.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 3% zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Dabei werden die Versicherungssummen auf volle Euro aufgerundet.

6.1.2 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

6.1.3 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Widersprechen Sie dreimal in Folge, entfällt die Dynamikanpassung für die Zukunft. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

6.1.4 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

6.2 Vertragsumstellung nach Alter

6.2.1 Wir führen eine Vertragsumstellung zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres nach Vollendung folgender Lebensjahre durch:

- Vollendung des 18. Lebensjahres
- Vollendung des 55. Lebensjahres
- Vollendung des 60. Lebensjahres
- Vollendung des 65. Lebensjahres
- Vollendung des 70. Lebensjahres
- Vollendung des 75. Lebensjahres
- Vollendung des 80. Lebensjahres.

6.2.2 Wir informieren Sie rechtzeitig über den neuen Beitrag. Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Ihre Kündigung wird mit ihrem Zugang bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung, wirksam.

6.2.3 Die Beitragsanpassung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit), welches dem Geburtstag folgt, mit dem die versicherte Person die jeweilige Altersklasse erreicht.

6.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

6.3.2 Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (siehe Ziffer 18.2).

6.4 Mitteilung der Änderung

6.4.1 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten mitteilen.

6.4.2 Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht unter Ziffer 6.4.1.

6.5 Auswirkungen der Änderung

6.5.1 Falls der Berufswechsel in einen gemäß unseren Tarifbestimmungen nicht versicherbaren Beruf erfolgt, endet der Vertrag zum Ende des Monats nach Aufnahme der neuen Tätigkeit.

6.5.2 Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von drei Monaten ab der Änderung der beruflichen Tätigkeit.

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

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

6.6 Versehensklausel

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

7. Der Leistungsfall. 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 Hinzuziehung eines Arztes

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

7.2 Auskunftserteilung

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

7.2.2 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.

7.2.3 Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.3 Ärztliche Untersuchung

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 Meldefrist bei Unfalltod

Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, so ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden.

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn die Erben der versicherten Person Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

7.5 Anzeige der Pflegebedürftigkeit

Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII von mindestens Pflegegrad 3 festgestellt, müssen Sie uns es unverzüglich mitteilen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

8.2 Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

8.3 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 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.

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme (Ziffer 2.9) beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahren nach dem Unfall und uns längstens bis zu zwei Jahren nach der Erstbemessung der Invalidität, längstens jedoch bis zu drei Jahre nach Eintritt des Unfalls zu.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 11.2.1 zahlt.

10.2 Vertragsdauer

10.2.1 Die Vertragsdauer beträgt ein Jahr. Der Vertrag verlängert sich um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr, wenn er zu dem vereinbarten Vertragsablauf ungekündigt ist.

10.2.2 Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer auch während des ersten Versicherungsjahres täglich in Textform (z.B. Brief, E-Mail) gekündigt werden. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem die Kündigung zugegangen ist. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres, wirksam wird.

10.2.3 Der Vertrag kann vom Versicherer jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens zum vereinbarten Ablauf, gekündigt werden. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Kündigungstermin zugegangen sein. Der Vertrag endet an dem jeweiligen Tag.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

10.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

10.3.3 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 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

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

10.4.2 Gleichzeitig können wir ebenfalls von unserem Kündigungsrecht Gebrauch machen und den Vertrag zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen.

11. Versicherungsbeitrag

11.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Beitragszahlung und Versicherungsperiode

11.1.1 Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr. Die unterjährige Beitragszahlung gilt als Ratenzahlung.

11.1.2 Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag

11.2.1 Der erste oder einmalige Beitrag ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 33 Abs. 1 V VG) unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 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. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 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 zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben. Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrages 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 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie als Elternteil eines versicherten Kindes während der Versicherungsdauer sterben und die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, führen wir die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

11.6 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie während der Versicherungsdauer unverschuldet arbeitslos werden und

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

wird dieser Vertrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit, jedoch längstens für zwölf Monate, beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie erneut eine Beschäftigung aufnehmen, entfällt die Beitragsfreistellung mit Beginn des Monats, in dem die Beschäftigung erneut aufgenommen wurde. Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit – außer durch Arbeitsunfähigkeit – unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Insolvenz).

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

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

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

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.

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

13.1.1 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.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

13.1.4 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.

13.3 Rücktritt

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

13.3.2 Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

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

13.3.3 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.

13.3.4 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

13.3.6 Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.4 Kündigung

13.4.1 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.

13.4.2 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.

13.5 Vertragsänderung

13.5.1 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.

13.5.2 Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.2.1) Vertragsbestandteil.

13.5.3 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 Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

13.6 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

13.6.1 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.

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

13.6.3 Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats in Textform 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.

13.6.4 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.

13.6.5 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.

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

13.7 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.8 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1 bis 13.7 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14. Tarifanpassung

14.1 Bestimmungen über die Beitragsanpassung

Für die Beitragsanpassung gelten folgende Bestimmungen:

14.1.1 Der Beitrag wird unter Berücksichtigung der in den Kalkulationsgrundlagen des Versicherers niedergelegten Beitragsfaktoren unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik ermittelt.

Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören:

(A) Die erwarteten Schadenaufwendungen, die auf der Basis von

- technischen Berechnungsgrundlagen (insbesondere Pflege-, Renten- und Sterbetafeln, Tafeln und Experten-Einschätzungen zur Eintrittswahrscheinlichkeit und Leistungsdauer von Leistungsfällen) sowie
- Bestands- und Schadendaten (insbesondere zum Stornoverhalten, Bestands-, Neugeschäfts- und Schadenverteilung u.a. nach Alter und Vertragsablauf einschließlich Prognosen hierzu) ermittelt werden,

(B) festgelegte Ansätze für Verwaltungskosten und Gewinn,

(C) festgelegte Zinsansätze und

(D) Zuschläge für versicherte Leistungen.

Kalkulationsgrundlagen sind dabei sowohl unternehmensinterne als auch externe Daten, die z. B. bezogen auf Sterbetafeln u.a. von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. (DAV) zur Verfügung gestellt werden.

Daten vergleichbarer Bestände oder entsprechende unternehmensübergreifende Daten dürfen solange als Kalkulationsgrundlagen herangezogen werden, wie eine ausreichende Datengrundlage für den jeweiligen Bestand noch nicht zur Verfügung steht.

14.1.2 Der Versicherer überprüft jährlich, ob eine Nachkalkulation des Beitrags erforderlich ist.

Eine Nachkalkulation ist dann erforderlich, wenn eine oder mehrere der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Neue Fassungen oder Anwendungsregeln zu den für die Kalkulation nach Ziffer 14.1.1 verwendeten Pflege-, Renten- und Sterbetafeln der DAV.
- Abweichungen zwischen der kalkulierten und der tatsächlich eingetretenen Stückzahl der Schadenfälle um mehr als 10%.
- Abweichungen zwischen der kalkulierten und der tatsächlichen durchschnittlichen Schadenhöhe pro Versicherungsfall in Euro um mehr als 10%.
- Abweichung zwischen kalkuliertem und tatsächlichem Storno um mehr als 20%.

Soweit mindestens eine der oben genannten Voraussetzungen erfüllt ist, werden die verwendeten Kalkulationsgrundlagen überprüft und der Beitrag, soweit erforderlich, unter den in Ziffer 14.1.3 genannten weiteren Voraussetzungen angepasst. Der Versicherer berücksichtigt bei der Prüfung, ob eine Anpassung des Beitrags erforderlich ist, unter Zugrundelegung anerkannter Grundsätze der Versicherungsmathematik, die Entwicklung seit der letzten Kalkulation.

Bei der Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen können sich Änderungen der Kalkulationsgrundlagen, die eine Beitragsabsenkung erforderlich machen, mit Änderungen, die eine Beitragsanhebung erforderlich machen, ganz oder teilweise ausgleichen.

14.1.3 Bei Vorliegen mindestens einer der in Ziffer 14.1.2 genannten Voraussetzungen ist der Versicherer zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres berechtigt, nach Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen, den für bestehende Verträge geltenden Beitrag, soweit dies erforderlich ist, anzupassen, wenn

- die sich aus der Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen ergebenden Abweichungen nicht auf einer unzureichenden Erst- oder Nachkalkulation beruhen und dies ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen und
- die Abweichungen zu einer Beitragsanhebung oder -absenkung von mindestens 5 Prozent führen (Bagatellgrenze).

Ist der Beitrag danach zu senken, so ist der Versicherer dazu verpflichtet.

Der neue Beitrag darf nicht höher sein als der Beitrag des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang.

Eine vereinbarte Aktivdynamik nach Ziffer 6.1 berechnet sich nach dem angepassten Beitrag.

14.1.4 Der neue Beitrag wird zur nächsten Hauptfälligkeit wirksam, die auf die Mitteilung der Beitragsanpassung in Textform folgt. Für eine Beitragserhöhung gilt dies aber nur, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer in Textform

- die Beitragserhöhung unter Hinweis auf den Unterschied zwischen altem und neuen Beitrag einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und
- ihn über sein Kündigungsrecht nach Ziffer 14.1.6 belehrt hat.

14.1.5 Liegen die berechneten Beitragsänderungen unterhalb der Bagatellgrenze (Ziffer 14.1.3), sind die festgestellten Abweichungen bei der nächsten Beitragsanpassung zu berücksichtigen.

14.1.6 Bei Erhöhung des Beitrages kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Andernfalls wird der Vertrag mit dem geänderten Beitrag fortgeführt.

14.2 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen (z.B. Berufswechsel, Meldung eines Schadens, Kündigungen) sind in Textform an Alteos abzugeben.

Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

15. Sanktionsklausel

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

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

16. Klärung von Meinungsverschiedenheiten, Beschwerdemöglichkeit

16.1 Versicherungsombudsmann

Wenn der Versicherungsnehmer in seiner Eigenschaft als Verbraucher mit der Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden ist oder eine Verhandlung mit dem Versicherer einmal nicht zu dem gewünschten Ergebnis führt, kann der Verbraucher sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Informationen über den Versicherungsombudsmann, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten sind im Internet unter:

www.versicherungsombudsmann.de zu finden.

Die Postanschrift lautet:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch an die Plattform ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

16.2 Versicherungsaufsicht

Ist der Versicherungsnehmer mit der Betreuung des Versicherers nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, kann der Versicherungsnehmer sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsicht wenden. Für Versicherungsunternehmen ist dies die:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Tel.: 0228 4108-0
Fax: 0228/4108-1550.

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

16.3 Rechtsweg

Außerdem hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

17. Höchstsummenbegrenzung

Die beantragten Versicherungssummen sollen den Einkommens und Vermögensverhältnissen der zu versichernden Personen entsprechen.

Es gelten folgende Höchstversicherungssummen:

· Invalidität	500.000 €
· Invalidität mit 225% Progression	440.000 €
· Invalidität mit 350% Progression	280.000 €
· Invalidität mit 500% Progression	200.000 €
· Übergangsleistung	10.000 €
· Todesfallleistung (nicht höher als Invaliditätssumme)	100.000 €
· Tod (bei Kindern) (nicht höher als Invaliditätssumme)	20.000 €
· Tagegeld ab dem 43. Tag	100 €
· Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld	100 €
· Unfall-Rente	2.000 €

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

18. Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung

18.1 Gesundheitsprüfung

Wir verzichten bei Antragstellung auf eine Gesundheitsprüfung.

18.2 Anhang zu Ziffer 6.3: Hinweise zur Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Berufsgruppenbezeichnung

Die Beiträge richten sich bei Personen ab 18 Jahre bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres nach der beruflichen Tätigkeit. Maßgeblich ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf. Übt eine Person mehrere Tätigkeiten aus, so wird die Tätigkeit zugrunde gelegt, die zum überwiegenden Anteil (Stunden pro Woche) ausgeübt wird.

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

Im Folgenden nennen wir beispielhaft Hauptgruppen von Berufen. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Bestehen Zweifel, zu welcher Gefahrengruppe Ihre Berufstätigkeit oder Beschäftigung gehört, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

18.2.1 Gefahrengruppe A

Es werden Personen in die Gefahrengruppe A eingestuft, wenn es sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit um eine Bürotätigkeit, eine kaufmännische oder verwaltende Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, eine leitende oder Aufsicht führende Tätigkeit im Betrieb oder auf Baustellen, eine Tätigkeit im Laden, im Labor (ohne ätzende, giftige, leicht entzündliche oder explosible Stoffe), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege handelt. Angehörige der Polizei sowie Zeit- und Berufssoldaten werden in der Gefahrengruppe A versichert, wenn sie ausschließlich im Innendienst tätig sind. Die in der Gefahrengruppe A versicherbaren Handwerksberufe sind unter den „Beispielen für Gefahrengruppe A“ aufgeführt.

Zur Gefahrengruppe A gehören auch Schüler, Studenten, Arbeitsuchende, Pensionäre und Rentner (ausgenommen der unter Ziffer 2, Absatz 3 genannten Regelung). Bei Berufsanfängern werden alle Beamtenanwärter, Referendare und Auszubildenden während der Ausbildung nach Gefahrengruppe A versichert. Erst nach Ende der Ausbildung erfolgt eine Neueinstufung gemäß der Tätigkeit, die der Versicherte dann ausübt.

Beispiele für Gefahrengruppe A:

Ärzte (Humanmediziner), Altenpfleger, Apotheker, Architekten, Augenoptiker, Bademeister, Bauingenieure, Baukontrolleure, Bauleiter, Designer, Elektroniker (für Klein- und Endgeräte), Feinmechaniker, Feinoptiker, Fernsehtechniker, Floristen, Fotografen, Friseure, Gastronomen, Geistliche, Gerichtsvollzieher, Glas- und Porzellanmaler, Gold- und Silberschmiede, Hausfrauen und -männer, Hörgeräteakustiker, Informatiker, Informationstechniker, Ingenieure, Journalisten, Juristen, Kapitäne (Schifffahrt), Kaufleute, Kellner, Krankenpfleger, Lehrer (außer Turn-, Sport- und Tanzunterricht sowie in Lehrwerkstätten), Masseure, Musiker, Pförtner, Physiotherapeuten, Politiker, Postzusteller, Radiotechniker, Sanitäter, Schauspieler, Schneider, Sicherheitstechniker, Sozialarbeiter, Steuerberater, Technische Sachverständige, Technische Zeichner, Tontechniker, Uhrmacher, Justiz-Vollzugsbedienstete, Werbefachleute, Werkstoffprüfer, Zahnärzte, Zahntechniker, Zugabfertiger, Zugbegleitpersonal

18.2.2 Gefahrengruppe B

Es werden Personen in die Gefahrengruppe B eingestuft, wenn es sich bei ihrer beruflichen Tätigkeit um eine körperliche oder handwerkliche (Ausnahmen siehe oben) Berufsarbeit oder eine Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen handelt. Angehörige der Polizei, der Steuer- und Zollfahndung sowie Zeit- und Berufssoldaten werden in der Gefahrengruppe B versichert, wenn sie nicht ausschließlich im Innendienst tätig sind oder eine unter Ziffer 3 genannte Tätigkeit ausüben. Werden Tätigkeiten der Gefahrengruppen A und B ausgeübt, so gilt die Gefahrengruppe B. Diese Regelung gilt auch dann, wenn überwiegend Tätigkeiten nach Gefahrengruppe A ausgeführt werden. Übersteigen die Einkünfte bei Pensionären und Rentnern durch entsprechende Tätigkeiten die „Verdienstgrenze der geringfügigen Beschäftigung“, werden sie ebenfalls in der Gefahrengruppe B versichert. Es werden auch Personen in die Gefahrengruppe B eingestuft, die neben ihrer beruflichen Tätigkeit eine Sportart mit professionellem Charakter ausüben. Das heißt, es wird daraus ein Verdienst erzielt. Die Sportausübung hat auch professionellen Charakter, wenn sie mit hohem zeitlichen Umfang (mehr als 12 Stunden pro Woche) betrieben wird, ein Vertragsverhältnis mit einem Verein oder einem Sponsor besteht und/oder der Sportler bei einer Berufsgenossenschaft angemeldet ist.

Beispiele für Gefahrengruppe B:

Anlagenmechaniker, Arbeiter, Bäcker, Baggerführer, Bauführer, Bauhelfer, Baumaschinenführer, Berufskraftfahrer, Betonbauer, Bildhauer, Binnenschiffer, Bohrtechniker, Bootsbauer, Bootsleute, Brauer, Brunnenbauer, Chemiefacharbeiter, Chemielaboranten, Chemiker, Dachdecker, Drucker, Elektriker, Elektroinstallateure, Elektromaschinenbauer, Elektrotechniker, Entsorger, Fahrlehrer, Fahrzeugbauer, Feuerwehrleute (Berufs- und Werksfeuerwehr), Fischer, Fischverarbeiter, Fleischer, Fleischwarenhersteller, Fliesenleger, Fließbandarbeiter, Flugbegleiter/-personal, Fluggerätemechaniker, Flugzeugführer, Gärtner, Galvaniseure, Gebäudereiniger, Gerüstbauer, Gießer, Gipser, Glasbläser, Glaser, Gleisbauer, Hausmeister, Heizungsbauer, Hilfsarbeiter, Hufschmiede, Industriemechaniker (Maschinenbau), Industriemeister, Installateure, Isolierer, Karosseriebauer, Klempner, Köche, Konditoren, Kraftfahrzeugelektriker, Kraftfahrzeugmechaniker, Kranführer, Kunstschlosser, Lackierer, Lagerarbeiter, Landwirte, Lokomotivführer, Maler (im Ausbau), Maschinisten, Maurer, Mechatroniker, Metallarbeiter, Metallbauer, Möbeltransporteure, Monteure, Omnibusfahrer, Parkettleger, Personenschutzfachkräfte, Poliere, Produktionstechniker, Rangierer, Raumausstatter, Reitlehrer, Schausteller, Schlosser, Schornsteinfeger, Schuhmacher, Sicherheitsbedienstete, Sportlehrer (außer an Grund- und Förderschulen), Steinmetze, Straßenbahnführer, Straßenbauer, Stuckateure, Tänzer, Tanzlehrer, Taxifahrer, Techniker, Textilreiniger, Tierärzte, Tierpfleger, Tierzüchter, Tischler, Wachbedienstete, Waldarbeiter, Werkzeugmacher, Winzer, Zimmerer

18.2.3 Nicht versicherbare Berufe

- Artisten, Akrobaten, Tiertrainer/Tierbändiger, Stuntman
- Berufs-/Profisportler, die durch den Sport ihren Lebensunterhalt bestreiten und ihn zeitgemäß wie einen Beruf ausüben
- Berufstaucher und Tauchlehrer
- Kampfmittelräumdienst, Sprengpersonal, Munitionssucher
- Offshore-Personal sowie Schiffsbesatzungen
- Pyrotechniker, Feuerwerker
- Rennreiter, Skilehrer
- Schausteller
- Spezialeinheiten bei der Polizei (SEK, MEK, GSG)
- Testfahrer, Rennfahrer
- Untertagetätige, Bergleute, Erzaufbereiter

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

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart, gilt zusätzlich zu Ziffer 2: Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.7 bis 2.1.10 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

b) für den 25 Prozent, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,

c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 eine Leistung von mehr als 25% der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%)

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart, gilt zusätzlich zu Ziffer 2: Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.7 bis 2.1.10 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

b) für den 25 Prozent, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,

c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 eine Leistung von mehr als 25% der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500%)

Wurde bei Vertragsschluss die Leistung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart, gilt zusätzlich zu Ziffer 2: Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.7 bis 2.1.10 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

b) für den 25 Prozent, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,

c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Berechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) im Sinne von Ziffer 2 eine Leistung von mehr als 25% der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	30	51	157	76	332
27	35	52	164	77	339
28	40	53	171	78	346
29	45	54	178	79	353
30	50	55	185	80	360
31	55	56	192	81	367
32	60	57	199	82	374
33	65	58	206	83	381
34	70	59	213	84	388
35	75	60	220	85	395
36	80	61	227	86	402
37	85	62	234	87	409
38	90	63	241	88	416
39	95	64	248	89	423
40	100	65	255	90	430
41	105	66	262	91	437
42	110	67	269	92	444
43	115	68	276	93	451
44	120	69	283	94	458
45	125	70	290	95	465
46	130	71	297	96	472
47	135	72	304	97	479
48	140	73	311	98	486
49	145	74	318	99	493
50	150	75	325	100	500

ALTEOS

Unfallversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID)

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland
Produkt: Unfallversicherung

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen die Risiken durch Unfallverletzungen. Grundlage sind die beigefügten Versicherungsbedingungen sowie alle weiteren im Versicherungsschein genannten Zusatzbedingungen und Vereinbarungen.

Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle, die Ihnen oder einer anderen im Antrag genannten Person zustoßen. Ein Unfall ist ein Ereignis, das plötzlich von außen auf Sie einwirkt und unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung führt.

Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

- ✓ Die Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen); die Höhe der Leistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und der Höhe der Invalidität
- ✓ Lebenslange monatliche Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen; die Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 50% gezahlt
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen aufgrund eines Unfalls
- ✓ Todesfallleistung, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls verstirbt
- ✓ Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze durch Rettungsdienste
- ✓ Kosten für kosmetische Operationen aufgrund eines Unfalls und sofern vereinbart Sofortleistung für Schwerverletzte infolge eines Unfalles (z.B. Querschnittslähmung)

Wie hoch ist Versicherungssumme?

- ✓ Die Leistungsarten und die Versicherungssummen vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag. Sie können diese Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Schlaganfälle, Herzinfarkte, Rückenleiden durch ständiges Sitzen)
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung), sofern nicht separat vereinbart

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern. Sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb sind vom Versicherungsschutz zum Beispiel ausgeschlossen:

- ! Vorsätzliche Selbstschädigung oder Selbstmord
- ! Unfälle als Berufs- oder Privatflieger
- ! Unfälle bei der Ausübung von Motorsport (Rennveranstaltungen)
- ! Unfälle bei dem vorsätzlichen Versuch oder der Begehung einer Straftat
- ! Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu einer Leistungskürzung kommen.

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

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

Wann und wie zahle ich?

Den Versicherungsbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie ermächtigen uns, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz/Vertrag?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag – auch während des ersten Versicherungsjahres – jederzeit täglich in Textform (z.B. Brief, E-Mail) kündigen. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung erst zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird. Der Vertrag kann von uns jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens zum vereinbarten Ablauf, gekündigt werden. Sie oder wir können auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet der Vertrag schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

ALTEOS

Vertragsinformationen der AXA Versicherung AG zur Unfallversicherung

(Stand: September 2023)

1. Versicherer

AXA Versicherung AG
Colonia-Allee 10–20
51067 Köln
Postanschrift: 51171 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta; Vorstand: Dr. Thilo Schumacher (Vorsitzender), Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke, Dr. Nils Reich, Dr. Marc Daniel Zimmermann

Sitz der Gesellschaft: Köln – Handelsregister Köln HR B Nr. 21298 (nachfolgend auch „AXA“)

2. Vertreterin des Versicherers

AXA hat die Alteos GmbH, Geschäftsführer: Dr. Sebastian Sieglerschmidt, Sitz der Gesellschaft: Tauentzienstraße 7 b/c, 10789 Berlin – Amtsgericht Charlottenburg, HRB 196162 B (nachfolgend auch „Alteos“), mit der Vertragsverwaltung beauftragt. Dazu gehört die Bearbeitung aller Versicherungsfragen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere die Bearbeitung von Anträgen, Beschwerden, Umzugsmeldungen, Kontoänderungen und Schadenmeldungen.

Wenden Sie sich bitte bei Fragen oder Änderungen zu Ihrem Vertrag an die Alteos GmbH unter: service@alteos.com

Status der Alteos GmbH: Versicherungsvertreter nach § 34d 7 Nr. 1 der Gewerbeordnung und der Registrierungsnummer: D-4UIL-5XJ29-40.

Zuständige Behörde: IHK Berlin, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin. Hier kann die Zulassung sowie der Umfang der zugelassenen Tätigkeit überprüft werden. Seitens Alteos besteht keine direkte oder indirekte Beteiligung an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens. Die Alteos GmbH ist ein vollständiges Tochterunternehmen der AXA Konzern Aktiengesellschaft.

Anschrift der Schlichtungsstellen: siehe unter Nr. 18.

3. Ladungsfähige Anschriften des Versicherers und seiner Vertreterin

Die ladungsfähige Anschrift der AXA Versicherung AG ist unter Nr. 1 genannt, die der Alteos GmbH unter Nr. 2.

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Geschäftstätigkeit der AXA Versicherung AG bezieht sich hauptsächlich auf:

a) den Betrieb aller Zweige der Privatversicherung, in der Lebens-, Rechtsschutz- und Krankenversicherung jedoch nur der Rückversicherung;
b) die Vermittlung von Versicherungen aller Art, von Bauspar- und anderen Sparverträgen.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn,
E-Mail: poststelle@bafin.de, Telefon 0228 4108-0, Fax 0228 4108-1550.

5. Garantiefonds

Ein Garantiefonds ist gesetzlich nicht vorgesehen.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen zur Alteos Unfallversicherung. Es gelten die zu Vertragsbeginn gültigen und Ihnen zuvor ausgehändigten Bedingungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem in dem Versicherungsschein genannten Betrag handelt es sich um den Beitrag gemäß vereinbarter Zahlweise inklusive der Versicherungsteuer. Der vom Gesetzgeber erhobene Versicherungsteuersatz beträgt zurzeit in der Schadenversicherung allgemein 19,00%.

8. Zusätzlich anfallende Kosten und/oder Gebühren

Für Tätigkeiten, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, stellen wir Gebühren in Rechnung, insbesondere Gebühren für Mahnung, für Lastschriftrückläufer und angemessene Geschäftsgebühren bei Rücktritt vom Vertrag wegen Nichtzahlung des Beitrags. Hierzu verweisen wir auf § 38 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrages finden Sie in den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen. Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrages erfüllt, wenn die Zahlung bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im Wege des SEPA-Lastschrifteinzugsverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belastung Ihres Kontos erforderlich. Ihre Zahlung ist rechtzeitig, wenn:

a) bei einem Überweisungsauftrag an Ihre Bank der Beitrag innerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abgebucht wurde oder

b) Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der Zahlungsfrist vorgenommen werden.

Haben Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, haben Sie lediglich dafür zu sorgen, dass der Beitrag zum Zeitpunkt der Fälligkeit von Ihrem Konto abgebucht werden kann, also ausreichende Kontodeckung besteht.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen bzw. der Gültigkeit befristeter Angebote

Sofern wir die Gültigkeit von Informationen oder Angeboten begrenzt haben, finden Sie dort einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), insbesondere des § 147 BGB. Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

11. Angaben zum Vertragsabschluss, zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie zur Antragsfrist

Der Vertrag mit uns kommt zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung des Erstbeitrages und der Versicherungssteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Wird der erste Beitrag erst nach diesem Zeitpunkt eingefordert, alsdann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

Die Angaben zum Beginn der Versicherung ergeben sich im Übrigen aus dem Versicherungsschein sowie den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen.

Eine Frist, während der Sie an den Antrag gebunden sind, besteht nicht.

12. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht:

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

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

jeweils in Textform zugegangen sind.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Bitte senden Sie uns den Widerruf unter Angabe Ihrer Vertragsnummer per E-Mail an: service@alteos.com

Alternativ können Sie uns (Alteos GmbH, Tauentzienstraße 7 b/c, 10789 Berlin) mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.

Widerrufsfolgen

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

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	x	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge 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.
Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:
Wir haben Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben zu unserer Identität und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem unser Unternehmen eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität unserer Vertreterin oder unseres Vertreters in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als uns, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) unsere ladungsfähige Anschrift und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen uns und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

   b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen unserer Vertreterin oder unserem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. unsere Hauptgeschäftstätigkeit;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über uns abgeführt oder von uns in Rechnung gestellt werden;
9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
11. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
12. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;

14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
15. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht wir der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legen;
16. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
17. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen wir uns verpflichten, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
18. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
19. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

13. Laufzeit

Die Laufzeit des Vertrages ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

14. Angaben zur Beendigung der Unfallversicherung, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen

Wenn Sie den Erst- oder Einmalbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Wenn Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, kann der Versicherer ebenfalls vom Vertrag zurücktreten oder kündigen.

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer jederzeit täglich gekündigt werden.

Der Vertrag kann vom Versicherer jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Kündigungstermin zugegangen sein. Des Weiteren kann der Vertrag nach Eintritt eines Versicherungsfalles gekündigt werden.

Darüber hinaus können Sie den Vertrag aus Anlass einer Beitragserhöhung ohne Änderung des Umfangs des Versicherungsschutzes kündigen.

Der Versicherer kann außerdem bei Zahlungsverzug mit einem Folgebeitrag und bei Insolvenz des Versicherungsnehmers kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere zu den Kündigungsfristen, sind den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen zu entnehmen.

15. Angabe des Rechts, welches der Versicherer bei der Vertragsanbahnung der Beziehung zugrunde legt

Den vorvertraglichen Beziehungen liegt deutsches Recht zugrunde.

16. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Dem Vertrag liegt deutsches Recht zugrunde. Der Gerichtsstand ist in den dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen geregelt.

17. Maßgebliche Vertragssprache

Wir teilen Ihnen alle Vertragsbedingungen und die vorliegenden Vertragsinformationen in deutscher Sprache mit. Während der Laufzeit der Versicherung kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch oder – auf Wunsch – auf Englisch.

18. Außergerichtliche Beschwerde und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns. Wir reagieren unverzüglich und suchen eine Lösung. Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000, Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,00 € möglich und für Sie kostenfrei. Es bleibt Ihnen unbenommen, Ihr Anliegen auf dem ordentlichen Rechtsweg vorzubringen. Verbraucher, die diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Die Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

19. Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 4 genannten Behörden

Sollten Sie mit der Entscheidung des Versicherers nicht einverstanden sein, haben Sie die Möglichkeit, bei der unter Punkt 4 genannten Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

ALTEOS

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
(Stand: September 2023)

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer (AXA Versicherung AG) in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat der Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt der Versicherer dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer Sie in der Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte muss der Versicherer die Umstände angeben, auf denen der Versicherer seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

ALTEOS

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

(Stand: September 2023)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z.B. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, den Halter) weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Die in dem Dokument genannte Gesellschaft ist dabei der Verantwortliche für die Datenverarbeitung:

Telefon: 0800/3203205
Fax: 0800/3557035
E-Mail-Adresse: info@axa.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der im Dokument angegebenen Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter (www.axa.de/datenschutz) abrufen.

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

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

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

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich),
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen und –recherchen (auch in öffentlich zugänglichen Quellen) zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Webseite (www.axa.de/Datenschutz) zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

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

- E+S Rück / Hannover Rück (hannover-re.com/datenschutz)
- General Reinsurance AG (de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO)
- Münchener Rück (munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html.)
- Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland (http://www.swissre.com/about_us/swissre_group/compliance/data_protection_brochure.html)

Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter (www.axa.de/datenschutz) entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2—4
40213 Düsseldorf

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft in der Kfz-Versicherung:

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte in der Kfz-Versicherung den beiliegenden Hinweisen zum HIS.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen. Bei einem Vertrag ohne Vorversicherung können wir eine Anfrage an die Schadenklassendatei der GDV Dienstleistungs-GmbH, Glockengießerwall 1, 20095 Hamburg vornehmen. Nach Beendigung Ihres Vertrages durch Sie oder durch uns, wenn Ihr Vertrag ohne Beendigung in eine der Schadenklassen S, 0 oder M eingestuft werden müsste, melden wir Ihren Vertrag in die Schadenklassendatei ein. Über die Einmeldung unterrichten wir Sie unverzüglich schriftlich.

Datenübermittlung in ein Drittland

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

Übersicht der Dienstleister des AXA Konzerns

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz einsehbar.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie dieser Beauftragung ggf. widersprechen.