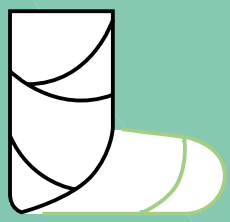
rhion.digital

UNFALL-VERSICHERUNG



PLUS

rhion.digital

Vertragsgrundlagen

Unfallversicherung (05/2026)
Leistungsvariante: Plus

Grundlagen dieses Vorschlags sind:

- Produktinformationsblatt
- Pauschaldeklaration Unfallversicherung Plus
- Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2026
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Altersstaffel
- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Plus
- Zusatzbedingungen für die Assistance-Leistungen in der Unfallversicherung
- Zusatzbedingungen für das Reha Management in der Unfallversicherung
- Verbraucherinformation
- Datenschutzhinweise
- Dienstleisterliste

Stand: Mai 2026

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen:
Rhion Versicherung AG, Deutschland

Produkt:
Allgemeine Unfallversicherung

rhion.digital

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

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

Was ist versichert?

✓ Versichert sind Unfälle.

Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Dafür bieten wir je nach Vereinbarung folgende Leistungsarten:

✓ **Geldleistungen** wie beispielsweise
- ✓ eine einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen),
- ✓ eine lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen,
- ✓ ein Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen,
- ✓ den Kostenersatz für unfallbedingte kosmetische Operationen oder
- ✓ den Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

✓ **Dienstleistungen** wie beispielsweise
- ✓ Rehabilitationsmanagement, d. h. Benennung und Organisation (ohne Kostenübernahme) von Hilfeleistungen z. B. betreffend häusliche Unterstützung, Pflege, Rehabilitationsunterstützung, Wiedereingliederung,
- ✓ Assistance-Leistungen, d. h. die Organisation und Kostenübernahme für z. B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe, Pflegeberatung, Fahrdienst zu Ärzten, Haustierversorgung.

Welche konkreten Leistungsarten und Versicherungssummen mit Ihnen vereinbart sind, ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag.

Was ist nicht versichert?

✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall),

✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

! Unfälle beim Lenken von Kraftfahrzeugen durch Alkoholkonsum mit einer Blutalkoholkonzentration über 1,3 ‰ oder Unfälle durch Drogenkonsum,

! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,

! Bandscheibenschäden, wenn diese nicht überwiegend durch einen Unfall verursacht wurden,

! bestimmte Infektionen und Vergiftungen.

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

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

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

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag wird nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Sie müssen diesen Beitrag dann unverzüglich (d. h. spätestens innerhalb von 14 Tagen) zahlen. Liegt der Vertragsbeginn in der Zukunft, muss der Beitrag unverzüglich nach dem Vertragsbeginn gezahlt werden.

Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein.

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen).

Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Pauschaldeklaration Unfallversicherung (AUB 2026) – Plus

A02303/7

Für alle nachfolgenden Leistungen gilt:
Der vollständige und rechtlich verbindliche Leistungsumfang ergibt sich ausschließlich aus den vertraglich vereinbarten Versicherungsbedingungen.

Die nachstehend angegebenen Ziffern beziehen sich auf die Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (= AUB) und die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung 2026 (= BB).

Mitversicherte Unfälle und Gesundheitsschäden bzw. Unfallursachen (in alphabetischer Reihenfolge)	**Ziffer**	**Plus**
1. Allergische Reaktionen als Folge von Insektenstichen	BB 4.4	✓
2. Anfälle, hierdurch verursachte Unfälle, soweit es sich handelt um		
a) epileptische Anfälle und Krampfanfälle	BB 3.1.1	✓
b) Herzinfarkt oder Schlaganfall	BB 3.1.2	✓
3. Bauch- oder Unterleibsbrüche durch gewaltsame Einwirkung von außen	AUB 5.2.7	✓
4. Bewusstseinsstörungen (hierdurch verursachte Unfälle) durch		
a) Medikamenteneinnahme (nicht jedoch durch gewollte Einnahme von Drogen oder anderen Mittel, die das Bewusstsein beeinträchtigen),	BB 3.1.3	✓
b) Trunkenheit, außer beim Lenken von Kfz	BB 3.1.4	✓
c) Trunkenheit beim Lenken von Kfz bis	BB 3.1.4	1,3 ‰
d) Übermüdung	BB 3.1.5	✓
e) ungewollte Einnahme von K.-o.-Tropfen	BB 3.1.6	✓
5. Eigenbewegungen (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche; Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule; Verrenkungen eines Gelenks; Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken)	BB 2	✓
6. Erfrierungen (durch unentrinnbare Kälteeinwirkung)	BB 1.1	✓
7. Ertrinken und Ersticken	BB 1.3	✓
8. Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen	BB 1.10	✓
9. Fahrtveranstaltungen (wie Stern- oder Orientierungsfahrten), bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt	BB 3.8.2	✓
10. Feuerwerkskörper, selbstgebaute – Unfälle von Minderjährigen	BB 3.3	✓
11. Flüssigkeitsentzug, unfreiwillig	BB 1.6	✓
12. Fluggast/-schüler – Unfälle als Fluggast/-schüler (auch in Luftsportgeräten oder Ballonen)	BB 3.6	✓
13. Funktionseinschränkung der Sinnesorgane durch Medikamente (hierdurch verursachte Unfälle)	BB 1.7	✓
14. Gase/Dämpfe – Gesundheitsschäden hierdurch bei einer Einwirkungsdauer bis zu 7 Tage (keine Berufskrankheiten)	BB 1.5	✓
15. Geräuscheinwirkung, plötzliche	BB 1.8	✓
16. Go-Karts – Unfälle bei der Teilnahme an öffentlichen Fahrtveranstaltungen, die als Freizeitvergnügen kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten)	BB 3.8.1	✓
17. Herzinfarkt (hierdurch verursachte Unfälle)	BB 3.1.2	✓
18. Herzinfarkt (unfallbedingt)	AUB 1.3	✓
19. Impfschäden durch Impfungen		
a) gegen bestimmte Krankheiten	BB 4.3.2	✓
b) gegen SARS-CoV-2 (COVID-19)	BB 4.6	✓
20. Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen	BB 4.3.1.2	✓
21. Infektionen		
a) durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe	AUB 5.2.4	✓
b) mit Tollwut oder Wundstarrkrampf	AUB 5.2.4	✓
c) durch einen Zeckenstich mit FSME	AUB 5.2.4	✓

Mitversicherte Unfälle und Gesundheitsschäden bzw. Unfallursachen (in alphabetischer Reihenfolge)	**Ziffer**	**Plus**
22. Infektionen, wenn dadurch folgende Krankheiten verursacht werden: a) Krankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen werden; z. B. Borreliose/Lyme-Borreliose, Brucellose, Enzephalitis/Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest, Schlafkrankheit (Afrikanische Trypanosomiasis); b) Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Gürtelrose, Keuchhusten, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Ringelröteln, Röteln, Scharlach, Tularämie, Typhus/Paratyphus, Windpocken.	BB 4.3.1.1	✓
23. Innere Unruhen, ohne dass die versicherte Person dabei vorsätzlich eine Straftat versucht oder ausführt	BB 3.2	✓
24. Insektenstiche: deren Folgen, soweit es sich nicht um Infektionen handelt (z. B. allergische Reaktionen)	BB 4.4	✓
25. K.-o.-Tropfen – ungewollte Einnahme	BB 3.1.6	✓
26. Kite-Sportarten (wie Kite-Surfen, Kite-Skiing, Buggy-Kiten) – Unfälle bei Ausübung dieser Sportarten	BB 3.7	✓
27. Kraftanstrengungen, erhöhte (Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche; Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule; Verrenkungen eines Gelenks; Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken)	BB 2	✓
28. Krieg oder Bürgerkrieg (hierdurch verursachte Unfälle): wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegsereignissen betroffen wird – passives Kriegs-/Überraschungsrisiko. Versicherungsschutz besteht bis zum 21. Tag nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges.	BB 3.5	✓
29. Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen	BB 1.11	✓
30. Medikamentenbedingte Funktionseinschränkung von Sinnesorganen (hierdurch verursachte Unfälle)	BB 1.7	✓
31. Medikamenteneinnahme – Unfälle aufgrund hierdurch verursachter Bewusstseinsstörung	BB 3.1.3	✓
32. Nahrungsmittelentzug, unfreiwillig	BB 1.6	✓
33. Nahrungsmittelvergiftung	BB 4.5	✓
34. Psychische/nervöse Störungen, die auf eine durch einen Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine durch einen Unfall entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.	AUB 5.2.6	✓
35. Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen (auch bei bewusster Inkaufnahme einer Gesundheitsschädigung)	BB 1.9	✓
36. Sauerstoffentzug	BB 1.3	✓
37. Säuren a) als Gase oder Dämpfe – Gesundheitsschäden hierdurch bei einer Einwirkungsdauer bis zu 7 Tage (keine Berufskrankheiten); siehe Nr. 14	BB 1.5	✓
b) fest oder flüssig (z. B. Verätzungen; keine Vergiftungen)	AUB 1.3	✓
c) fest oder flüssig – Vergiftungen hierdurch	BB 4.5	✓
38. Schlaganfall (hierdurch verursachte Unfälle)	BB 3.1.2	✓
39. Schlaganfall (unfallbedingt)	AUB 1.3	✓
40. Schlägereien/Raufhändel – hierbei erlittene Unfälle, ohne dass die versicherte Person dabei vorsätzlich eine Straftat versucht oder ausführt	BB 3.2	✓
41. Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	BB 4.2	✓
42. Sonnenbrände, Sonnenstiche	BB 1.2	✓
43. Strahlen, soweit es sich um Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen handelt, die nicht als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten entstehen und keine Berufskrankheiten sind	BB 4.1	✓
44. Tauchtypische Gesundheitsschäden (Kostenersatz für Behandlung in einer Dekompressionskammer siehe Nr. 77 b)	BB 1.4	✓
45. Terroranschläge außerhalb des Territoriums kriegführender Parteien	BB 3.5	✓
46. Trunkenheit (hierdurch verursachte Unfälle / Trunkenheit beim Lenken von Kfz, siehe dort)	BB 3.1.4	✓
47. Trunkenheit beim Lenken von Kfz (Unfälle hierdurch) bis	BB 3.1.4	1,3 ‰

Mitversicherte Unfälle und Gesundheitsschäden bzw. Unfallursachen (in alphabetischer Reihenfolge)	**Ziffer**	**Plus**
48. Übermüdung (hierdurch verursachte Unfälle)	BB 3.1.5	✓
49. Unerlaubtes Lenken eines Land- oder Wasserfahrzeuges – Unfälle von Minderjährigen oder Schuldunfähigen	BB 3.4	✓
50. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Ausnahme: Vergiftungen durch Alkohol oder Drogen bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben)	BB 4.5	✓
51. Vergiftungen durch Gase/Dämpfe – Gesundheitsschäden hierdurch bei einer Einwirkungsdauer bis zu 7 Tage (keine Berufskrankheiten)	BB 1.5	✓
52. Wundinfektionen – auch durch geringfügige Unfallverletzungen	BB 4.3.1.2	✓

Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen		
53. Keine Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen bei einem Mitwirkungsanteil unter	BB 7.2	70 %

Leistungsarten (soweit mit uns vereinbart und im Versicherungsschein genannt)		
Invaliditäts-Leistung als Invaliditätskapital und/oder Unfall-Rente		
54. Verbesserte Gliedertaxe Plus (inklusive bestimmter innerer Organe)	BB 5.3	✓
55. Erweiterte Frist zum Eintritt der Invalidität – nach dem Unfall innerhalb von	BB 5.1.1	24 Monaten
56. Erweiterte Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität – nach dem Unfall innerhalb von	BB 5.1.1	36 Monaten
57. Erweiterte Frist zur Geltendmachung des Anspruchs – nach dem Unfall innerhalb von	BB 5.1.2	36 Monaten
58. Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose	BB 7.7	✓
Übergangsleistung – optional		
59. bei rein unfallbedingter Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit von mehr als 6 Monaten vom Unfalltag an zu mindestens 50 %	AUB 2.3	✓
Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld (KHT) – optional		
60. Zeitraum der Krankenhaus-Tagegeldleistung vom Unfalltag an für maximal	BB 5.6.2.1	3 Jahre
61. Krankenhaus-Tagegeld(-sätze) im Leistungszeitraum für maximal	BB 5.6.2.1	1.095 Tage
62. bei Nachbehandlung, die aus medizinischen Gründen nicht vor Ablauf von fünf Jahren vom Unfalltag an möglich war (z. B. Entfernung von Osteosynthesematerial):		
a) Verlängerung des Leistungszeitraums um (Gesamtleistungszeitraum)	BB 5.6.2.1	5 Jahre (gesamt 8 Jahre)
b) Krankenhaus-Tagegeld(-sätze) im Gesamtleistungszeitraum für maximal	BB 5.6.2.1	1.095 Tage
63. Verdoppelung des KHT in den ersten Kalendertagen der vollstationären Behandlung und zwar maximal für	BB 5.6.2.2	30 Tage
64. Gesamtmögliche Tagessätze einschließlich Genesungsgeld (siehe Nr. 69)	BB 5.6.2.1 und 5.7.2	1.625 Tage
65. KHT auch für stationäre Desensibilisierungsmaßnahmen nach allergischen Reaktionen durch Insektenstiche	BB 4.4	✓
66. KHT auch bei Notfalleinweisung in ein Sanatorium oder Erholungsheim	BB 5.6.1	✓
67. KHT auch für unfallbedingte Reha-Maßnahmen/Kuren	BB 5.6.1	✓
68. KHT auch für ambulante Operationen	BB 5.6.2.1	3 Tage
Erweitertes Genesungsgeld (bei Vereinbarung KHT inklusive)		
69. Dauer der Genesungsgeld-Leistung maximal für	BB 5.7.2	500 Tage
70. Genesungsgeld-Leistung ohne Staffelung	BB 5.7.2	✓

Leistungsarten (soweit mit uns vereinbart und im Versicherungsschein genannt)	Ziffer	Plus
Todesfallleistung (5.000 Euro mitversichert, höhere Summe optional)		
71. Keine Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge	BB 5.8.1	✓
72. Todesfallleistung bei Luft- oder Seeverschollenheit	BB 5.9	✓
73. Tod bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (ausgenommen Luftfahrzeuge): Erhöhung der Todesfallleistung auf das Doppelte der vereinbarten Summe, höchstens jedoch um	BB 5.8.2	15.000 Euro
74. Zahlung der Todesfallsumme bei Tod im zweiten Jahr nach dem Unfall, wenn die in diesem Fall vorgesehene Invaliditätsleistung im Todesfall (nach dem bei Überleben zu prognostizierenden Invaliditätsgrad) geringer ist als die Todesfallsumme	BB 5.8.3	✓
75. Hinterbliebenenversorgung bei Unfalltod erwachsener versicherter Personen innerhalb eines Jahres nach dem Unfall (bei Vereinbarung Leistungsart Unfall-Rente): Zahlung eines Kapitalbetrages an die Bezugsberechtigten in Höhe der	BB 5.5	24-fachen Unfall-Rente

Zusätzliche Leistungen		
Kosmetische Operationen		
76. Kosten für Kosmetische Operationen bis maximal	AUB 2.7	20.000 Euro
a) inklusive Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten für natürliche Schneide- und Eckzähne	AUB 2.7.1	
b) inklusive Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten für alle weiteren natürlichen Zähne	BB 5.11	
Bergungskosten		
77. a) Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze bis	BB 5.12	50.000 Euro
b) inklusive Kostenersatz für die Behandlung in einer Dekompressionskammer	BB 5.12.1	
78. Verdoppelung der Versicherungssumme für Bergungskosten bei Unfällen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland	BB 5.12.2.1	✓
Kostenersatz		
79. Kinderbetreuung: Haushaltshilfe und Tagesmutter bis zu	BB 6.1	60 Tage, max. 6.000 Euro
80. Nachhilfekosten (nur in der Kinder-Unfallversicherung) bis zu	BB 6.2	30 Euro/Tag, max. 3.000 Euro
81. Kostenersatz **bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %** bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt	BB 6.3.1	30.000 Euro
a) Umschulungsmaßnahmen und Prüfungsgebühren	BB 6.3.2.1	keine Begrenzung für einzelne Kosten im Rahmen des Gesamthöchstbetrages
b) Umzüge in eine behindertengerechte Wohnung	BB 6.3.2.2	
c) behindertengerechte Umbauten der bestehenden Wohnung	BB 6.3.2.6	
d) Prothesen und Hilfsmittel, künstliche Organe, Organtransplantationen	BB 6.3.2.3	
e) Anschaffung eines Behindertenbegleit- oder Assistenzhundes (z. B. Blindenführhunde, Gehörlosenhunde, Medizinische Signalhunde, Servicehunde)	BB 6.3.2.4	
f) behindertengerechte Kfz-Umbauten	BB 6.3.2.5	
82. Psychologische Soforthilfe nach katastrophenartigen Unglücksfällen mit Lebensgefahr oder Straftaten Dritter mit Lebensbedrohung bzw. logopädische Soforthilfe; Übernahme der Kosten für die ersten	BB 6.5	10 Sitzungen
Sonstige zusätzliche Leistungen		
83. Leistung bei Koma: ab dem 11. Tag für jede Woche, in der die versicherte Person im Koma liegt	BB 6.4	100 Euro/Woche, max. 2.500 Euro
84. Rooming-in-Leistung in der Kinderunfall-Versicherung (Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)	BB 6.6	50 Euro/Nacht, max. 12 Monate vom Unfalltag an
85. Ergänzung zur Rooming-in-Leistung: Übernahme der Fahrtkosten zum Krankenhaus	BB 6.7	pauschal 50 Euro, mit Nachweis bis 200 Euro
86. Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und/oder Bänderrissen (gestaffelt)	BB 6.8	max. 1.000 Euro
87. Sofortleistungen bei bestimmten Schwerverletzungen (berechnet aus der Invaliditätsgrundsumme)	BB 6.9	10 %, max. 20.000 Euro
88. Übernahme der Arztgebühren zur Begründung des Leistungsanspruchs ohne Höchstsatz	BB 6.10	✓

Weitere Vereinbarungen	Ziffer	Plus
89. Vorsorgeversicherung für hinzukommende Angehörige (leibliche oder adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers, Ehe- oder eingetragene Lebenspartner des Versicherungsnehmers) bis zur nächsten Fälligkeit, mindestens 6 Monate	BB 7.1	Versicherungs-summen siehe BB
90. Nachversicherungsgarantie – Möglichkeit der Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (alle 5 Jahre)	BB 7.3	✓
91. Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)	BB 7.4	optional
92. Keine Operationspflicht	BB 7.5	✓
93. Geringfügige Verletzungen – Keine Obliegenheitsverletzung bei verspäteter Hinzuziehung eines Arztes	BB 7.6	✓

Besondere Bestimmungen für Angehörige von Heilberufen		
94. Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen	BB 8.1	✓
95. Einschluss von Infektionen für Angehörige von Heilberufen, Chemikern, Desinfektoren	BB 8.2	✓

Beitragsbefreiung		
96. bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers (gilt nicht für Selbstständige)	BB 9.1	bis 12 Monate
97. bei der Versicherung von Kindern im Falle des Todes des Versicherungsnehmers bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes	BB 9.2	✓
98. bei der Versicherung von Kindern bei 100 %-iger Invalidität des Versicherungsnehmers bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes	BB 9.3	✓

Leistungsgarantien		
99. Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse (vormals Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie)	BB 10.1	✓
100. Künftige Bedingungs- und Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)	BB 10.2	✓
101. Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen	BB 10.3	✓

✓ = mitversichert

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2026)

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Wir möchten, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

Ziffer Seite

Der Versicherungsumfang ... 3

1 Was ist versichert? ... 3
1.1 Grundsatz ... 3
1.2 Geltungsbereich ... 3
1.3 Unfallbegriff ... 3
1.4 Erweiterter Unfallbegriff ... 3
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht ... 3

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? ... 3
2.1 Invaliditätsleistung ... 3
2.2 Unfall-Rente ... 4
2.3 Übergangsleistung ... 4
2.4 gestrichen ... 4
2.5 Krankenhaus-Tagegeld ... 4
2.6 Todesfallleistung ... 4
2.7 Kosten für kosmetische Operationen ... 5
2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze ... 5

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? ... 5
3.1 Krankheiten und Gebrechen ... 5
3.2 Mitwirkung ... 5

4 gestrichen ... 5

5 Was ist nicht versichert? ... 5
5.1 Ausgeschlossene Unfälle ... 5
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden ... 6

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? ... 6
6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs ... 6
6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung ... 6

Der Leistungsfall ... 7

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? ... 7

9 Wann sind die Leistungen fällig? ... 7
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht ... 7
9.2 Fälligkeit der Leistung ... 7
9.3 Vorschüsse ... 7
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads ... 7

Die Versicherungsdauer ... 7

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? ... 7
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes ... 7
10.2 Dauer und Ende des Vertrags ... 8
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall ... 8
10.4 Versicherungsjahr ... 8

Der Versicherungsbeitrag **8**

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? **8**
11.1 Beitrag und Versicherungsteuer 8
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag 8
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 8
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat 9
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung 9
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 9
11.7 Was sind die Grundlagen der Berechnung und Anpassung des Beitrags (Beitragsanpassungsklausel)? 9

Weitere Bestimmungen **9**

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? **9**
12.1 Fremdversicherung 9
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller 9
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen 9

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? **9**
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht 9
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 10
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte 10
13.4 Anfechtung 10
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes 10

14 gestrichen **10**

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag? **10**
15.1 Gesetzliche Verjährung 10
15.2 Aussetzung der Verjährung 10

16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? **10**
16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten 10
16.2 Zuständige Gerichte 11

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? **11**

18 Welches Recht findet Anwendung? **11**

19 Sanktionsklausel **11**

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

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

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

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

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

• Arm	70 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
• Hand	55 %
• Daumen	20 %
• Zeigefinger	10 %
• anderer Finger	5 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
• Bein bis unterhalb des Knies	50 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
• Fuß	40 %
• große Zehe	5 %
• andere Zehe	2 %
• Auge	50 %

- Gehör auf einem Ohr 30 %
- Geruchssinn 10 %
- Geschmackssinn 5 %
- Sprechvermögen 40 %

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente 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 so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 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 6 Monaten ausgehen.

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

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 gestrichen

2.5 Krankenhaus-Tagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

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

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.

  Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung

  Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses.

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld

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

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

entstanden.

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.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen und damit einhergehenden Folgen..

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung. Folgen wären z. B aufgrund von ausgeschlossenen Krankheiten und Gebrechen bedingte Medikamenteneinnahme und die daraus bedingte Verschlimmerung von Unfallfolgen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

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

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

4 gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele: Die versicherte Person

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

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

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

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,

- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger.
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter.
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter,

und

- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

Nicht unter diesen Ausschluss fallen **jedoch** psychische oder nervöse Störungen, die auf eine durch einen Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine durch einen Unfall entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis zu unserem Unfalltarif, dass wir Ihnen gerne auf Ihren Wunsch hin übersenden.

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

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

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

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

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 2 ‰ der versicherten Summe,
- bei Unfall-Rente bis zu 20 % der monatlichen Unfall-Rente,
- bei Übergangsleistung bis zu 2 % der versicherten Summe,
- bei Krankenhaus-Tagegeld bis zu 2 Tagessätze,
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 5 % der jeweils versicherten Summe.

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 beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahre und uns längstens bis zu zwei Jahre nach dem Unfall zu.

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

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

10.1.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ers-

ten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.1.2 Ist Ihnen bei Antragstellung bekannt, dass ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, so besteht hierfür kein Versicherungsschutz.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn

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

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

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

Sie beträgt

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

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Der Versicherungsschutz tritt zu dem im Versicherungsschein genannten Vertragsbeginn in Kraft, wenn der erste oder einmalige Beitrag

11.2.1.1 unverzüglich nach Vertragsbeginn gezahlt wird oder

11.2.1.2 innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheines gezahlt wird oder

11.2.1.3 von uns nach Ziffer 11.4 im Lastschriftverfahren (SEPA-Lastschriftmandat) eingezogen werden kann.

Dies gilt unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechtes.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

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

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

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

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz;
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

gilt Folgendes:

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

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

11.7 Was sind die Grundlagen der Berechnung und Anpassung des Beitrags (Beitragsanpassungsklausel)?

11.7.1 Grundsatz

Der Beitrag kann, auch soweit er für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, maximal einmal pro Versicherungsjahr nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen von uns angepasst werden und dementsprechend steigen oder sinken. Wir sind jedoch verpflichtet, zumindest alle fünf Jahre zu überprüfen, ob der Beitrag entsprechend den nachfolgenden Regelungen anzupassen ist.

11.7.2 Beitragsanpassungsklausel

11.7.2.1 Bei der Erstkalkulation des Tarifes werden der Beitrag für die einzelne Risikoart (Leistungsarten und weitere Tarifmerkmale) sowie die Beiträge für erweiterten Versicherungsschutz unter Berücksichtigung von Schäden und Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten, Rückversicherungsbeiträge und Risikokapitalkosten) kalkuliert.

Der Schaden wird – differenziert nach den Leistungsarten – über den Schadensatz (jährlicher Schadenaufwand geteilt durch die Versicherungssumme) geschätzt.

Die Ermittlung des Schadensatzes erfolgt aus Informationen, die das zu kalkulierende Risiko beschreiben (z. B. unternehmenseigene Daten, externe statistische Daten, insbesondere des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.). Zum anderen wird die voraussichtliche künftige Schaden- und Kostenentwicklung berücksichtigt. Aus diesen Ergebnissen werden mit versicherungsmathematischen Methoden Werte berechnet, die in der Zukunft im Durchschnitt zu erwarten sind (Schaden-/Kostensatz).

11.7.2.2 Wir überprüfen, ob die voraussichtliche künftige Entwicklung des Schadensatzes bzw. der den betrachteten Verträgen zurechenbaren Kosten mit dem von uns kalkulierten Schaden-/Kostensatz übereinstimmen.

Die Ermittlung erfolgt wie in Ziffer 11.7.2.1 beschrieben auf Grundlage der dann aktuellen Informationen.

Dabei dürfen grundsätzlich nur die seit dem Vertragsschluss bzw. der letzten Anpassung des Versicherungsbeitrages eingetretenen, nicht von uns vorhersehbaren Veränderungen der Schaden- und Kostenentwicklung berücksichtigt werden.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs auf den entsprechenden Teilbestand abgestellt werden. Dabei ist die Neukalkulation stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl gleichartiger Risiken durchzuführen.

11.7.2.3 Ist der neu ermittelte Schaden-/Kostensatz um mehr als 5 % höher als der bei der letzten Beitragsüberprüfung ermittelte (bzw. der bei der Erstkalkulation ermittelte, sofern es sich um die erste Beitragsüberprüfung handelt), sind wir berechtigt, den Beitrag entsprechend zu erhöhen. Fällt er um mehr als 5 % niedriger aus, sind wir verpflichtet, den Beitrag entsprechend zu senken.

Abweichungen, die wegen eines Nicht-Erreichens dieses Schwellenwertes von 5 % nicht im Rahmen einer Beitragsanpassung berücksichtigt werden können, werden bei künftigen Beitragsüberprüfungen berücksichtigt.

Dabei darf der neue Versicherungsbeitrag nicht höher sein als der Versicherungsbeitrag für neu abzuschließende Versicherungsverträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang.

11.7.2.4 Der neue Versicherungsbeitrag gilt mit Wirkung ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode, wenn wir Sie über die Beitragsanpassung spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden in Textform informiert und über Ihr im Folgenden geregeltes Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

Sofern die versicherte Person Angaben macht, beziehen sich diese ausschließlich auf die versicherte Person selbst. Eine Wissenszurechnung oder Haftung Ihrerseits als Versicherungsnehmer für die Angaben der versicherten Personen (zum Beispiel zu Gesundheitsfragen) erfolgt nicht.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

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

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, steht Ihnen unsere interne Beschwerdestelle zur Verfügung:

Konzern-Beschwerdemanagement
der RheinLand Versicherungsgruppe
41456 Neuss

E-Mail: konzern-bm@rheinland-versicherungsgruppe.de

Außerdem stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen:

16.1.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000, Telefax: 0800 3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

16.1.2 Versicherungsaufsicht

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

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

Telefon 0228 4108-0, Telefax 0228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

16.2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

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

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist;
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

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

17.1 Die für den Versicherer bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die unmittelbar gegenüber dem Versicherer erfolgen, sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abzugeben. Dies gilt nicht, soweit gesetzlich Schriftform oder in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

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

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 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 europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung 2026 zum Tarif nach Altersstaffel

1. Beitragsanpassung ab Vollendung des 62. Lebensjahres

Ab Vollendung des 62. Lebensjahres wird der Beitrag entsprechend der von der versicherten Person erreichten Altersklasse angepasst.

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

2. Beitragsberechnungsgrundlagen

Neben dem erreichten Alter der jeweiligen versicherten Person richtet sich der Beitrag danach, welche **Leistungsarten** mit welcher Versicherungssumme vereinbart wurden sowie nach der **Gefahrengruppe** (Berufstätigkeit).

Welche dieser Vereinbarungen bzw. Einstufungen getroffen wurden, ergibt sich aus dem Versicherungsschein/Nachtrag. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte folgender Aufstellung.

2.1 Leistungsart

Es können folgende beitragspflichtige Leistungsarten vereinbart werden:

	Beitragsstaffel siehe
• Invaliditätsleistung	Ziffer 3.1
• Unfall-Rente ab 50 % Invaliditätsgrad	Ziffer 3.2
• Krankenhaus-Tagegeld	Ziffer 3.3
• Todesfallleistung	Ziffer 3.4
• Übergangsleistung	Ziffer 3.5

2.2 Gefahrengruppe

Die Einstufung in folgende Gefahrengruppen für Erwachsene richtet sich nach der tatsächlich ausgeübten Berufstätigkeit der versicherten Person, nicht nach deren erlerntem Beruf.

A / A1 Personen, die wegen ihrer Berufstätigkeit keinen besonderen Unfallgefahren ausgesetzt sind.
Diese umfassen im Allgemeinen: Personen mit kaufmännischer, verwaltender, planender, leitender oder aufsichtsführender Tätigkeit, Berufe im Verkauf, in der Datenverarbeitung, im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege, auch Fotograf*innen, Künstler*innen, Optiker*innen, Rechtsanwält*innen, Reporter*innen, Lehrer*innen an allgemeinbildenden Schulen, Ingenieur*innen und Studierende.

B / B1 Personen, die wegen ihrer Berufstätigkeit erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt sind.
Diese umfassen im Allgemeinen: Personen, die körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten verrichten oder mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen arbeiten, auch Berufskraftfahrer*innen, Landwirt*innen, Tänzer*innen und Tanzlehrer*innen.

Besonderheit für Ärzte:

Ärzte A / A1 alle Humanmediziner*innen

Ärzte B / B1 Tierärzt*innen

2.3 Altersklasse

Mit den Altersklassen werden das Lebensalter oder eine Altersspanne bezeichnet.

Bezeichnet die Altersklasse eine Altersspanne, beginnt diese mit Vollendung des erstgenannten Lebensjahres und endet mit Vollendung des zweitgenannten Lebensjahres.

3. Anpassungssätze

Der bei Vertragsbeginn entsprechend dem Alter der versicherten Person ermittelte Beitrag wird während der Vertragslaufzeit in folgenden Altersklassen je nach Leistungsart jährlich gemäß den folgenden Tabellen angepasst.

Den neuen Beitrag teilen wir Ihnen schriftlich mit.

3.1 Invaliditätsleistung

Gefahrengruppe	Altersklasse	
	62 bis 67	68 bis 84
A und Ärzte A	17,2 %	4,0 %
A1 und Ärzte A1	12,2 %	4,0 %
B und Ärzte B	6,2 %	4,0 %
B1 und Ärzte B1	0,4 %	4,0 %

3.2 Unfall-Rente ab 50 % Invaliditätsgrad

Gefahrengruppe	Altersklasse	
	62 bis 67	68 bis 84
A und Ärzte A	7,9 %	0,0 %
A1 und Ärzte A1	3,2 %	0,0 %
B und Ärzte B	-2,2 %	0,0 %
B1 und Ärzte B1	-7,5 %	0,0 %

3.3 Krankenhaus-Tagegeld

Gefahrengruppe	Altersklasse	
	62 bis 67	68 bis 84
A und Ärzte A	13,1 %	6,0 %
A1 und Ärzte A1	8,4 %	6,0 %
B und Ärzte B	2,7 %	6,0 %
B1 und Ärzte B1	-3,1 %	6,0 %

3.4 Todesfallleistung

Gefahrengruppe	Altersklasse	
	62 bis 67	68 bis 84
A und Ärzte A	20,3 %	8,0 %
A1 und Ärzte A1	15,2 %	8,0 %
B und Ärzte B	9,0 %	8,0 %
B1 und Ärzte B1	3,1 %	8,0 %

3.5 Übergangsleistung

Gefahrengruppe	Altersklasse	
	62 bis 67	68 bis 84
A und Ärzte A	17,9 %	4,0 %
A1 und Ärzte A1	12,8 %	4,0 %
B und Ärzte B	6,9 %	4,0 %
B1 und Ärzte B1	1,0 %	4,0 %

4. Welche Möglichkeiten/Rechte haben Sie?

Bei Vertragsabschluss sowie jederzeit während der Vertragslaufzeit können Sie sich statt für eine Beitragserhöhung für eine entsprechende Summenreduzierung entscheiden.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung 2026 – Plus (BB Plus 2026)

Leistungserweiterungen zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB)

Inhaltsverzeichnis

Ziffer		Seite
1.	**Erweiterungen und Klarstellungen zum Unfallbegriff (zu Ziffer 1.3 AUB)**	**3**
1.1	Erfrierungen	3
1.2	Sonnenbrände und Sonnenstiche	3
1.3	Sauerstoffentzug, Ertrinken und Ersticken	3
1.4	Tauchtypische Gesundheitsschäden	3
1.5	Gase, Dämpfe und Säuren	3
1.6	Flüssigkeits- und Nahrungsmittelentzug	3
1.7	Medikamentenbedingte Funktionseinschränkung von Sinnesorganen	3
1.8	Plötzliche Geräuscheinwirkung	3
1.9	Rettung von Menschenleben, Tieren und/oder Sachen	3
1.10	Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen	3
1.11	Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen	3
2.	**Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen (zu Ziffer 1.4 AUB)**	**3**
3.	**Weitere mitversicherte Unfälle (zu Ziffer 5.1 AUB)**	**3**
3.1	Unfälle durch Bewusstseinsstörungen oder Anfälle	3
3.2	Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien, anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen	3
3.3	Feuerwerkskörper – Unfälle von Minderjährigen durch selbstgebaute Feuerwerkskörper	3
3.4	Unfälle beim unerlaubten Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges	3
3.5	Krieg oder Bürgerkrieg, Passives Kriegsrisiko	4
3.6	Fluggast/-schüler – Unfälle als Fluggast/-schüler	4
3.7	Kite-Sportarten	4
3.8	Fahrtveranstaltungen, Rennrisiko	4
4.	**Weitere mitversicherte Gesundheitsschäden (zu Ziffer 5.2 AUB)**	**4**
4.1	Strahlenschäden	4
4.2	Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	4
4.3	Infektionskrankheiten und Impfschäden	4
4.4	Folgen von Insektenstichen, soweit es sich nicht um Infektionen handelt	4
4.5	Vergiftungen	5
4.6	Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 (COVID-19)	5
5.	**Erweiterungen zu den Leistungsarten gemäß Ziffer 2 AUB**	**5**
5.1	Erweiterte Fristen zum Eintritt und zur ärztlichen Feststellung der Invalidität	5
5.2	Invaliditäts-Kapitalleistung – Mehrleistung, Progressionsstaffeln	5
5.3	Invaliditäts-Kapital und Unfall-Rente – Bemessung des Invaliditätsgrades (Verbesserte Gliedertaxe Plus)	6
5.4	Dynamisierung der Unfall-Rente im Leistungsfall	6
5.5	Hinterbliebenenversorgung bei Vereinbarung einer Unfall-Rente	6
5.6	Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld	6
5.7	Erweitertes Genesungsgeld	7
5.8	Todesfallleistung	7
5.9	Verschollenheit	7
5.10	Kosmetische Operationen	7
5.11	Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten im Rahmen der Kosten für kosmetische Operationen	7
5.12	Bergungskosten	7
6.	**Zusätzliche Leistungen**	**7**
6.1	Kinderbetreuung: Haushaltshilfe, Tagesmutter	7
6.2	Nachhilfekosten (Kinder-Unfallversicherung)	8
6.3	Kostenersatz bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %	8
6.4	Leistung bei Koma	8
6.5	Psychologische bzw. logopädische Soforthilfe	8
6.6	Rooming-in-Leistungen (Kinder-Unfallversicherung)	8
6.7	Ergänzung zu den Rooming-in-Leistungen	9
6.8	Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und/oder Bänderrissen	9
6.9	Sofortleistung bei Schwerverletzungen	9
6.10	Übernahme der Arztgebühren ohne Höchstsatz	9

7. Weitere Vereinbarungen ... 9
7.1 Vorsorgeversicherung für hinzukommende Angehörige (Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft, Geburt, Adoption) ... 9
7.2 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ... 10
7.3 Nachversicherungsgarantie – Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung ... 10
7.4 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) ... 10
7.5 Keine Operationspflicht ... 10
7.6 Geringfügige Verletzungen ... 10
7.7 Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose ... 10

8. Besondere Bestimmungen für Angehörige von Heilberufen ... 10
8.1 Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen ... 10
8.2 Einschluss von Infektionen für Angehörige von Heilberufen, Chemikern, Desinfektoren ... 11

9. Beitragsbefreiung ... 11
9.1 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (gilt nicht für Selbstständige) ... 11
9.2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern im Falle des Todes des Versicherungsnehmers ... 12
9.3 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern bei 100 %-iger Invalidität des Versicherungsnehmers ... 12

10. Leistungsgarantien ... 12
10.1 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse (vormals Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie) ... 12
10.2 Künftige Bedingungs- und Leistungsverbesserungen (Update-Garantie) ... 12
10.3 Leistungsgarantie gegenüber den Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) ... 12

1. Erweiterungen und Klarstellungen zum Unfallbegriff (zu Ziffer 1.3 AUB)

1.1 Erfrierungen

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Erfrierungen, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis einer Kälteeinwirkung ausgesetzt wurde und sich dieser Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.2 Sonnenbrände und Sonnenstiche

Als durch ein Unfallereignis verursacht gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrände und Sonnenstiche, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis einer Sonneneinstrahlung ausgesetzt wurde und sich dieser Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.3 Sauerstoffentzug, Ertrinken und Ersticken

Als durch ein Unfallereignis verursacht gelten auch

- Gesundheitsschädigungen durch Sauerstoffunterversorgung, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis unfreiwillig dieser Situation ausgesetzt wurde und sich ihr aus eigener Kraft nicht entziehen konnte,
- der Ertrinkung- bzw. Erstickungstod.

1.4 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Versichert ist auch der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschädigungen, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen durch einen Tauchvorgang.

1.5 Gase, Dämpfe und Säuren

Gesundheitsschädigungen durch Gase oder Dämpfe (auch saure Gase und Dämpfe) gelten auch dann als durch ein Unfallereignis verursacht, wenn sich die versicherte Person deren längerer Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte, nachdem sie diesen Stoffen plötzlich und unerwartet ausgesetzt war.

Als länger im Sinne dieser Bestimmung werden Einwirkungen von bis zu 7 Tagen angesehen. Berufskrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

Für Vergiftungen durch Säuren in flüssiger oder fester Form (z. B. saure Salze) besteht gemäß Ziffer 4.5 Versicherungsschutz.

1.6 Flüssigkeits- und Nahrungsmittelentzug

Als durch ein Unfallereignis verursacht gelten auch Gesundheitsschädigungen durch mangelnde Flüssigkeits- bzw. Nahrungsmittelzufuhr, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis unfreiwillig dieser Situation ausgesetzt wurde und sich ihr aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.7 Medikamentenbedingte Funktionseinschränkung von Sinnesorganen

Versichert sind auch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass durch Medikamente die Funktion von Sinnesorganen eingeschränkt ist; z. B. bei Fortwirken eines Lokalanästhetikums nach der Behandlung oder bei Sehstörungen nach Gabe von Augentropfen.

1.8 Plötzliche Geräuscheinwirkung

Als durch ein Unfallereignis verursacht gelten Gesundheitsschädigungen durch plötzliche Geräuscheinwirkung.

1.9 Rettung von Menschenleben, Tieren und/oder Sachen

Versichert sind auch Unfälle, die der versicherten Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen bzw. bei deren rechtmäßiger Verteidigung oder rechtmäßiger Selbstverteidigung zustoßen.

Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person hierbei eine Gesundheitsschädigung bewusst in Kauf nimmt.

1.10 Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Explosions-, Schall- oder Druckwellen.

1.11 Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen.

2. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen (zu Ziffer 1.4 AUB)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche,
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- Verrenkungen eines Gelenks,
- Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

3. Weitere mitversicherte Unfälle (zu Ziffer 5.1 AUB)

3.1 Unfälle durch Bewusstseinsstörungen oder Anfälle

3.1.1 Epileptische Anfälle und Krampfanfälle

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen epileptischen Anfall oder infolge von anderen Krampfanfällen, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, verursacht wurden.

3.1.2 Herzinfarkt oder Schlaganfall

Der Versicherungsschutz umfasst auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind.

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

3.1.3 Medikamenten-Einnahme

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch die Einnahme durch von einem Arzt verordnete Medikamente verursacht sind und die Medikamente nach den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.

Gesundheitsschädigungen, die durch die Einnahme der Medikamente unmittelbar verursacht werden, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.1.4 Trunkenheit

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, gelten abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB als mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur bis zu einer Blutalkoholkonzentration von 1,3 ‰.

3.1.5 Übermüdung

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung im Sinne von Ziffer 5.1.1 AUB.

3.1.6 Ungewollte Einnahme von K.-o.-Tropfen

Der Versicherungsschutz umfasst auch Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure).

3.2 Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien, anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen

Für Unfälle, die der versicherten Person bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien oder anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen zustoßen, ohne dass sie hierbei vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht Versicherungsschutz. Ziffer 5.1.3 AUB bleibt unberührt.

3.3 Feuerwerkskörper – Unfälle von Minderjährigen durch selbstgebaute Feuerwerkskörper

Versichert sind abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB Unfälle, die der versicherten Person beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles minderjährig ist.

3.4 Unfälle beim unerlaubten Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle versichert, die der versicherten Person beim Fahren eines Land- oder

Wasserfahrzeuges ohne Fahrerlaubnis zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles minderjährig oder schuldunfähig im Sinne des Strafgesetzbuches ist.

3.5 Krieg oder Bürgerkrieg, Passives Kriegsrisiko

Ziffer 5.1.3 AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

  Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 21. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

- Die versicherte Person wird außerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes von einem Terroranschlag betroffen, auch wenn der Terroranschlag in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg steht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

3.6 Fluggast/-schüler – Unfälle als Fluggast/-schüler

Klarstellung zu Ziffer 5.1.4 AUB:

Unfälle als Fluggast bei Reise- oder Rundflügen sind mitversichert. Ebenso sind Flugschüler mitversichert.

3.7 Kite-Sportarten

Versichert sind auch Unfälle beim Ausüben von Kite-Sportarten wie Kitesurfen, Snowkiten oder Landkiten (Drachensegeln, bei dem die versicherte Person von einem Drachen über Wasser oder Land gezogen wird).

Die Ausübung dieser Sportarten wird nicht als Führen von Luftfahrzeugen gemäß Ziffer 5.1.4 AUB angesehen.

3.8 Fahrtveranstaltungen, Rennrisiko

3.8.1 Go-Karts

In teilweiser Abweichung von Ziffer 5.1.5 AUB sind Unfälle mitversichert, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder in Freizeiteinrichtungen).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet.

3.8.2 Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, weitere Fahrtveranstaltungen

Für Unfälle bei Fahrtveranstaltungen wie Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten sowie für alle anderen mit Motorfahrzeugen (nicht Luftfahrzeugen) durchgeführten Fahrtveranstaltungen bzw. Teilstrecken oder Abschnitten von diesen, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, besteht Versicherungsschutz.

4. Weitere mitversicherte Gesundheitsschäden (zu Ziffer 5.2 AUB)

4.1 Strahlenschäden

Versichert sind abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die Folge eines regelmäßigen beruflichen Umgangs mit Strahlen bzw. Strahlen erzeugenden Apparaten oder Folge einer Heilmaßnahme oder Eingriff am Körper der versicherten Person im Sinne von Ziffer 5.2.3 AUB sind.

4.2 Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut

Abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB sind Gesundheitsschädigungen durch das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut versichert.

4.3 Infektionskrankheiten und Impfschäden

Die Folgen der nachstehend genannten Infektionskrankheiten bzw. Gesundheitsschädigungen werden im Rahmen der vereinbarten Leistungsarten in der gleichen Weise wie die Folgen eines Unfalles entschädigt.

4.3.1 Infektionen

Abweichend von Ziffer 5.2.4 AUB besteht auch Versicherungsschutz für

4.3.1.1 Infektionen, wenn dadurch folgende Krankheiten verursacht werden:

- Krankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen werden; z. B. Borreliose/Lyme-Borreliose, Brucellose, Enzephalitis/Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest, Schlafkrankheit (Afrikanische Trypanosomiasis);
- Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Gürtelrose, Keuchhusten, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Ringelröteln, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie, Typhus/Paratyphus, Windpocken.

4.3.1.2 Infektionen (auch Wundinfektionen), wenn die Krankheitserreger durch geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten.

4.3.2 Impfschäden

Versicherungsschutz besteht auch für Impfschäden durch Impfungen gegen Infektionen im Sinne der Ziffer 4.3.1.1 dieser Besonderen Bedingungen.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB.

4.3.3 Versicherungsbeginn/Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach einer Wartezeit von drei Monaten.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.

Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht kein Versicherungsschutz.

4.3.4 Leistungsvoraussetzungen, Fristen

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass ein Arzt die Infektionskrankheit bzw. Gesundheitsschädigung aufgrund einer Schutzimpfung nicht später als fünf Jahre nach Ende dieses Versicherungsvertrages diagnostiziert.

Die in Ziffer 2 der AUB oder in diesen Besonderen Bedingungen genannten Fristen zu den einzelnen Leistungsarten, insbesondere die Fristen

- zum Eintritt und zur Feststellung des Leistungsfalls,
- zur Geltendmachung der Leistung,
- zu Leistungsvoraussetzungen oder
- zur Leistungsdauer,

beginnen nicht mit dem Unfall, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

4.4 Folgen von Insektenstichen, soweit es sich nicht um Infektionen handelt

Versichert sind auch Folgen von Insektenstichen, bei denen es sich nicht um Infektionen handelt, z. B. allergische Reaktionen.

4.5 Vergiftungen

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB sind Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund dann versichert, wenn der versicherten Person die Schädlichkeit der Stoffe bei Einnahme nicht bewusst war. Hierzu zählen auch Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

Vergiftungen durch die Einnahme von Alkohol oder Drogen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wenn die versicherte Person das 14. Lebensjahr vollendet hat. Dies gilt nicht für Vergiftungen durch ungewollte Einnahme von Alkohol oder Drogen (z. B. durch Verabreichung von K.-o.-Tropfen).

4.6 Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 (COVID-19)

4.6.1 Ergänzend zu Ziffer 4.3.2 dieser Besonderen Bedingungen:

Versicherungsschutz besteht auch für Impfschäden durch Impfungen gegen SARS-CoV-2.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB.

4.6.2 Versicherungsbeginn/Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach einer Wartezeit von drei Monaten.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.

Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht kein Versicherungsschutz.

Ausnahme:

Die Wartezeit entfällt, sofern zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die Erstimpfung bereits erfolgt ist.

4.6.3 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass die Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 mit einem von der Europäischen Arzneimittel-Agentur in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff erfolgt. Die Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 muss gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet worden sein oder von einer zuständigen Behörde empfohlen worden sein. Die Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 muss den Schaden ursächlich hervorgerufen haben. Die Schutzimpfung gegen SARS-CoV2 erfolgt während der Wirksamkeit des Vertrages.

4.6.4 Fristen

Abweichend von den in Ziffer 2 der AUB oder in Ziffer 5 dieser Besonderen Bedingungen genannten Fristen zu den in Ziffer 4.6.5 versicherten Leistungsarten gelten folgende Fristen:

Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfallereignis (die jeweilige Schutzimpfung) eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis (die jeweilige Schutzimpfung) von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis (die jeweilige Schutzimpfung) bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Die Fristen beginnen mit dem Tag der ursächlichen Schutzimpfung. Nach Ablauf dieser Fristen besteht kein Anspruch aus den versicherten Leistungsarten gemäß Ziffer 4.6.5.

4.6.5 Leistungsarten

Versicherungsschutz für die Ziffer 4.6 dieser Besonderen Bedingungen besteht ausschließlich für die Leistungsarten Invalidität, Unfallrente und Unfalltod.

5. Erweiterungen zu den Leistungsarten gemäß Ziffer 2 AUB

5.1 Erweiterte Fristen zum Eintritt und zur ärztlichen Feststellung der Invalidität

5.1.1 Ziffer 2.1.1.2 AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten

und

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

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

5.1.2 Ziffer 2.1.1.3 AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

5.2 Invaliditäts-Kapitalleistung – Mehrleistung, Progressionsstaffeln

Neben der einfachen Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1 AUB) bieten wir die Invaliditäts-Kapitalleistung mit Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % oder die Invaliditäts-Kapitalleistung mit einer der Progressionsstaffeln an. Ob und wenn ja, welche dieser Leistungserweiterungen Sie vereinbart haben, ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

5.2.1 **Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %**

Ist zu dieser Unfallversicherung eine Invaliditäts-Kapitalleistung mit Mehrleistung ab 90 % Invaliditätsgrad vereinbart, gilt Folgendes:

5.2.1.1 Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 5.3 und 7.2 dieser Besonderen Bedingungen ermittelt.

5.2.1.2 Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 % geführt hat.

5.2.1.3 Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt, auch wenn weitere Unfallversicherungen bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

5.2.2 **Progressionsstaffel 350 %**

Ist zu dieser Unfallversicherung die Invaliditäts-Kapitalleistung mit Progressionsstaffel 350 % vereinbart, gilt Folgendes:

5.2.2.1 Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 5.3 und 7.2 dieser Besonderen Bedingungen ermittelt.

5.2.2.2 Wir leisten die Invaliditätsentschädigung

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der einfachen Versicherungssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der dreifachen Versicherungssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der fünffachen Versicherungssumme.

5.2.3 **Progressionsstaffel 500 %**

Ist zu dieser Unfallversicherung die Invaliditäts-Kapitalleistung mit Progressionsstaffel 500 % vereinbart, gilt Folgendes:

5.2.3.1 Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 5.3 und 7.2 dieser Besonderen Bedingungen ermittelt.

5.2.3.2 Wir leisten die Invaliditätsentschädigung

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der einfachen Versicherungssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der fünffachen Versicherungssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades aus der siebenfachen Versicherungssumme.

5.3 Invaliditäts-Kapital und Unfall-Rente – Bemessung des Invaliditätsgrades (Verbesserte Gliedertaxe Plus)

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm im Schultergelenk	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand im Handgelenk	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	12 %
für mehrere Finger einer Hand jedoch höchstens	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	50 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	50 %
– wenn das andere Auge vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionsunfähig war	75 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
– wenn das Gehör auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionsunfähig war	50 %
Gehör auf beiden Ohren	80 %
Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Auges und des Gehörs auf einem Ohr	100 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Sprechvermögen	100 %
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
falls eine Niere bereits verloren war	100 %
Gallenblase	10 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	je 25 %
ein Lungenflügel	50 %

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

Die übrigen Bestimmungen in Ziffer 2.1 AUB bleiben unberührt.

5.4 Dynamisierung der Unfall-Rente im Leistungsfall

Ist mit uns eine Unfall-Rente (Ziffer 2.2 AUB) vereinbart, kann hierzu die Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalles (Dynamisierung im Leistungsfall) vereinbart werden. Ob diese Vereinbarung getroffen ist, ergibt sich aus dem Versicherungsschein. In diesem Fall gilt Folgendes:

Wir erhöhen Ihre monatliche Unfall-Rente jährlich um 2 %.

Die Rentenerhöhung erfolgt jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres.

Der Betrag der angepassten Unfall-Rente wird auf volle Euro kaufmännisch gerundet.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres vor, in dem die Unfall-Rente zum dreißigsten Mal erhöht wird.

5.5 Hinterbliebenenversorgung bei Vereinbarung einer Unfall-Rente

5.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Für die versicherte Person ist die Leistungsart Unfall-Rente vereinbart und

- die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalles das achtzehnte Lebensjahr vollendet und
- die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

5.5.2 Hinterbliebene

Wir zahlen die Hinterbliebenenversorgung an den (die) Bezugsberechtigten, im Falle mehrerer Bezugsberechtigter an diese zu gleichen Teilen.

Sind keine Bezugsberechtigten benannt, zahlen wir an den überlebenden Ehegatten bzw. den eingetragenen Lebenspartner.

Gibt es keinen der vorgenannten Hinterbliebenen, zahlen wir an die, im Verhältnis zur versicherten Person, unterhaltsberechtigten Kinder. Bei mehreren unterhaltsberechtigten Kindern zahlen wir die Hinterbliebenenversorgung an diese zu gleichen Teilen.

5.5.3 Höhe der Leistung

Die Hinterbliebenenversorgung zahlen wir einmalig in Höhe des 24-fachen der am Tage des Unfalles vereinbarten Unfall-Rente.

5.6 Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld

(zu Ziffer 2. 5 AUB)

5.6.1 Ergänzend zu Ziffer 2.5.1 AUB zahlen wir Krankenhaus-Tagegeld auch dann, wenn

- unfallbedingt eine Notfalleinweisung der versicherten Person zur medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in eine medizinische Einrichtung erfolgt, die sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient;

  Dies ist beispielweise dann der Fall, wenn es sich bei der Einrichtung (z. B. Rehaklinik, Sanatorium, Erholungsheim) um das einzige Versorgungskrankenhaus in der Nähe des Unfallortes handelt.
- sich die versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung wegen des Unfalls in eine vollstationäre oder teilstationäre/ambulante Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur) begibt;

  Unter einer teilstationären/ambulanten Anschlussheilbehandlung sind Maßnahmen zu verstehen, bei denen die versicherte Person – mit Ausnahme der Übernachtung – ein Therapieprogramm absolviert, das dem einer vollstationären Behandlung entspricht.

  Die medizinische Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung ist uns durch Vorlage der entsprechenden Verordnung des Arztes, der Bewilligungsunterlagen der Deutschen Rentenversicherung, einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung oder des Sozial- oder Versorgungsamtes nachzuweisen.

5.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

5.6.2.1 Abweichend von Ziffer 2.5.2 AUB zahlen wir das Krankenhaus-Tagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung bzw. vollstationären Behandlung zur Entfernung von Osteosynthesematerial und/oder der Anschlussheilbehandlung, längstens jedoch für drei Jahre (1.095 Tage) vom Unfalltag an gerechnet.
- Über das dritte Jahr hinaus, längstens jedoch bis zum Ende des achten Jahres vom Unfalltag an gerechnet, zahlen wir dann Krankenhaus-Tagegeld, wenn eine Nachbehandlung früher nicht möglich war. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn sich die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht früher einer Entfernung von wegen des Unfalls

eingebrachten Osteosynthese Materials unterziehen konnte.

Auch in diesem Fall zahlen wir im gesamten Leistungszeitraum, beginnend vom Unfalltag an, höchstens 1.095 Tagessätze Krankenhaus-Tagegeld.

- für drei Tage bei ambulanten Operationen.

5.6.2.2 Verdoppelung der Krankenhaus-Tagegeldleistung bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt

Abweichend von Ziffer 2.5.2 AUB und Ziffer 5.6.2.1 dieser Besonderen Bedingungen wird das Krankenhaus-Tagegeld in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung gezahlt, längstens jedoch für 30 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Die Verdoppelung gilt nicht bei stationär oder ambulant durchgeführten Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren).

5.7 Erweitertes Genesungsgeld

5.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld.

Nicht zur vollstationären Heilbehandlung im Sinne dieser Bestimmung zählen Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnamen oder Kuren), auch wenn diese vollstationär erfolgt sind.

5.7.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir aufgrund der vollstationären Heilbehandlung Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens jedoch für 500 Tage.

5.8 Todesfallleistung

(zu Ziffer 2.6. AUB)

5.8.1 **Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge**

Ziffer 7.5 Satz 1 AUB wird gestrichen.

5.8.2 **Tod infolge Unfall bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel**

Stirbt die versicherte Person infolge eines Unfalles, den sie bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Busse, Bahnen, Passagierschiffe; nicht jedoch Flugzeuge) erlitten hat, erhöht sich die vereinbarte Todesfallleistung auf das Doppelte, höchstens jedoch um 15.000 Euro.

5.8.3 **Zahlung der Todesfallsumme bei Tod im zweiten Jahr nach dem Unfall**

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und ist die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme höher, als die sich nach Ziffer 2.1.2.3 AUB ergebende Invaliditätsleistung bei Tod, zahlen wir statt dieser die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme.

Ist in diesem Fall bereits eine Invaliditätsleistung von uns gezahlt worden, zahlen wir die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme unter Abzug der bereits gezahlten Invaliditätsleistung.

5.9 Verschollenheit

(zu Ziffer 2.6. AUB)

Ist die versicherte Person bei einer Fahrt auf See oder bei einem Flug verschollen und wurde sie von einem deutschen Gericht nach deutschen Gesetzen für tot erklärt, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung unter folgender Voraussetzung:

Der in der Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes fällt in die Wirksamkeit der Versicherung.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- im Gefahrgebiet eines Krieges oder Bürgerkrieges,
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit

verschollen ist.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, ist die Leistung an uns zurückzuzahlen.

5.10 Kosmetische Operationen

(zu Ziffer 2.7. AUB)

Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf 20.000 Euro je versicherte Person begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für kosmetische Operationen nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden, soweit es sich um eine beitragsfrei mitversicherte Leistung handelt.

5.11 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten im Rahmen der Kosten für kosmetische Operationen

(zu Ziffer 2.7. AUB)

Unter den in Ziffer 2.7.1 AUB genannten Voraussetzungen leisten wir auch dann Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten im Rahmen der Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer 5.10), wenn andere Zähne als Schneide- oder Eckzähne betroffen sind und es sich bei diesen Zähnen um natürliche Zähne handelt.

Kosten für den Ersatz von Teil- oder Totalprothesen übernehmen wir auch in diesen Fällen nicht.

5.12 Bergungskosten

(zu Ziffer 2.8. AUB)

5.12.1 Ziffer 2.8 AUB wird wie folgt ergänzt:

Unter den in Ziffer 2.8 AUB genannten Voraussetzungen erstatten wir auch folgende nachgewiesene und nicht von einem Dritten übernommene

- Kosten für die Behandlung in einer Druck-/Dekompressionskammer sowie die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport dorthin, wenn die versicherte Person durch einen Tauchvorgang Gesundheitsschäden erlitten hat oder diese nach den konkreten Umständen zur befürchten waren;
- Kosten für die medizinisch notwendige Verlegung der versicherten Person in ein weiteres Krankenhaus oder in eine Spezialklinik;
- Mehrkosten für die Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit diese Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidlich waren;
- zusätzlich entstandene Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland;
- Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person im Todesfall oder – bei einem Todesfall im Ausland – die Kosten für die Bestattung im Ausland.

5.12.2 Höhe der Leistungen

5.12.2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf

- 50.000 Euro für Unfälle innerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
- 100.000 Euro für Unfälle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

je versicherte Person begrenzt.

5.12.2.2 Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Bergungskosten nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden.

6. Zusätzliche Leistungen

6.1 Kinderbetreuung: Haushaltshilfe, Tagesmutter

6.1.1 Wird die Versorgung von Kindern überwiegend von der versicherten Person besorgt und kann diese aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschädigung unter medizinischen Gesichtspunkten den eigenen Haushalt nicht führen, werden die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe und/oder für eine Tagesmutter ersetzt, wenn im Haushalt mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind von unter

15 Jahren zu versorgen ist und für das Kind keine anderweitige Betreuung gegeben ist.

6.1.2 Die Kosten werden je Unfall der versicherten Person längstens für 60 Tage und höchstens bis zu einer Gesamtsumme von 6.000 Euro ersetzt, soweit

- sie innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet entstanden sind und bei uns geltend gemacht wurden und
- kein anderer Versicherer (auch Sozialversicherungsträger) oder kein anderer Ersatz- oder Erstattungspflichtiger leistungspflichtig ist.

Kann von dem anderen Ersatzpflichtigen kein Ersatz erlangt werden oder bestreitet dieser seine Leistungspflicht, erhält die versicherte Person den Kostenersatz nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Die maximale Gesamtentschädigung von 6.000 Euro für Kinderbetreuungskosten gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

6.2 Nachhilfekosten (Kinder-Unfallversicherung)

6.2.1 Kann das versicherte Kind aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschädigung unter medizinischen Gesichtspunkten nicht am Schulunterricht teilnehmen, werden die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht durch einen qualifizierten Pädagogen übernommen.

6.2.2 Die Kosten werden je Tag, an dem Nachhilfeunterricht in Anspruch genommen wird, bis zu einem Betrag von 30 Euro je Tag und höchstens für 100 Tage bis zu einer Gesamtsumme von 3.000 Euro ersetzt, soweit

- sie innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet entstanden sind und bei uns geltend gemacht wurden und
- kein anderer Versicherer (auch Sozialversicherungsträger) oder kein anderer Ersatz- oder Erstattungspflichtiger leistungspflichtig ist.

Kann von dem anderen Ersatzpflichtigen kein Ersatz erlangt werden oder bestreitet dieser seine Leistungspflicht, erhält die versicherte Person den Kostenersatz nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Die maximale Gesamtentschädigung von 3.000 Euro für Nachhilfekosten gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

6.3 Kostenersatz bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %

6.3.1 Hat ein Unfall zu einem nach den Ziffern 5.3 und 7.2 dieser Besonderen Bedingungen ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt, werden zusätzlich die unter der nachfolgenden Ziffer 6.3.2 genannten Kosten insgesamt bis höchstens 30.000 Euro ersetzt, soweit

- sie innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstanden sind und bei uns geltend gemacht wurden und
- kein anderer Versicherer (auch Sozialversicherungsträger) oder kein anderer Ersatz- oder Erstattungspflichtiger leistungspflichtig ist.

  Kann von dem anderen Ersatzpflichtigen kein Ersatz erlangt werden oder bestreitet dieser seine Leistungspflicht, erhält die versicherte Person den Kostenersatz nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

6.3.2 Ersetzt werden folgende, entsprechend der unfallbedingten Beeinträchtigung notwendige Kosten für

6.3.2.1 staatlich anerkannte berufliche Umschulungsmaßnahmen und/oder das Erlernen der Gebärdensprache oder der Blindenschrift, soweit es sich handelt um

- Kosten für Lernmittel, Arbeitskleidung, Unterrichts-, Lehrgangs- und Prüfungsgebühren;
- Fahrtkosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung der versicherten Person und – soweit erforderlich – einer Begleitperson.

Leistungsvoraussetzungen für den Ersatz der Kosten für berufliche Umschulungsmaßnahmen sind:

- aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschädigung kann die versicherte Person ihren zum Zeitpunkt des Unfalles zuletzt ausgeübten Beruf unter objektiv medizinischen Gesichtspunkten nicht mehr oder nicht mehr in der bisherigen Form ausüben,
- zum Unfallzeitpunkt war die versicherte Person berufstätig,
- zum Zeitpunkt der Entstehung der Umschulungskosten hat die versicherte Person das 60. Lebensjahr nicht vollendet.

6.3.2.2 einen Umzug der versicherten Person im Inland in eine behindertengerechte Wohnung soweit es sich um Kosten für das Befördern des Umzugsgutes aus der bisherigen in die neue Wohnung handelt.

Wir behalten uns vor, unsererseits Kostenvoranschläge einzuholen bzw. ein Umzugsunternehmen zu beauftragen. Wir sind von einem geplanten Umzug zur Kostenabklärung rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

6.3.2.3 Prothesen und Hilfsmittel, künstliche Organe, Organtransplantationen

Hiervon ausgenommen sind Kosten für Zahnersatz; siehe aber Ziffer 5.11 dieser Besonderen Bedingungen.

6.3.2.4 Anschaffung eines Behindertenbegleit- oder Assistenzhundes (z. B. Blindenführhunde, Gehörlosenhunde, Medizinische Signalhunde, Servicehunde).

6.3.2.5 behördlich genehmigte behindertengerechte Umbauten des selbst genutzten Kraftfahrzeugs.

6.3.2.6 behindertengerechte Umbauten der selbst genutzten Wohnung.

6.3.3 Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können vorgenannte Kosten nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden, soweit es sich um ohne separate Beitragsberechnung vereinbarte Vertragsbestandteile handelt.

6.4 Leistung bei Koma

Hat der Unfall zu einem Koma von mindestens 11 Tagen geführt, zahlen wir für jede weitere volle Woche, in der die versicherte Person im Koma liegt, 100 Euro, höchstens jedoch 2.500 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung bei Koma gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

6.5 Psychologische bzw. logopädische Soforthilfe

6.5.1 Teilweise abweichend von Ziffern 1.3 und 5.2.6 AUB erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf

6.5.1.1 psychologische Soforthilfe für die versicherte Person unmittelbar nach

- katastrophenartigen Unglücksfällen, bei denen die versicherte Person in Lebensgefahr geraten ist;
- plötzlichen Ereignissen, durch die die versicherte Person in die Gewalt eines Dritten geraten ist, der sie mit dem Tode oder mit erheblicher Körperverletzung bedroht hat

6.5.1.2 psychologische bzw. logopädische Soforthilfe unmittelbar nach Unfällen, wenn die versicherte Person eine unfallbedingte Aphasie (Sprachstörung, Sprachverlust) erlitten hat.

6.5.2 Ersetzt werden die Kosten für die ersten 10 psychologischen bzw. logopädischen Therapiesitzungen unmittelbar nach dem Ereignis.

Die maximale Erstattung von 10 psychologischen Therapiesitzungen gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Auf die Ausschlüsse in den Ziffern 5.1.2 bis 5.1.6 AUB wird hingewiesen. Sie finden entsprechende Anwendung.

6.6 Rooming-in-Leistungen (Kinder-Unfallversicherung)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und hat es zum Unfallzeitpunkt das 14. Lebensjahr noch

nicht vollendet, werden bei nachgewiesener Übernachtung eines Erziehungsberechtigten mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in) die Kosten für die Übernachtung pauschal mit 50 Euro je Übernachtung erstattet.

Die Pauschale wird für jede Übernachtung, längstens für 12 Monate vom Unfalltag angerechnet, gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Rooming-in-Leistungen nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden.

6.7 Ergänzung zu den Rooming-in-Leistungen

Für die Fahrtkosten der An- und Abreise eines Erziehungsberechtigten zum Krankenhaus werden einmalig die nachgewiesenen Kosten bis zu 200 Euro übernommen. Wird kein Nachweis erbracht, erstatten wir einmalig pauschal 50 Euro.

6.8 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und/oder Bänderrissen

Führt ein Unfall zu einer vollständigen Fraktur und/oder einem vollständigen Bänderriss, leisten wir einmal je Unfall ein Schmerzensgeld nach folgenden Bedingungen:

6.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich aufgrund des Unfalles und einer vollständigen Fraktur und/oder einem vollständigen Bänderriss in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Kur- oder Rehaeinrichtungen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Das Vorliegen der Voraussetzungen wird von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

6.8.2 Höhe der Leistung

Die Höhe des Schmerzensgeldes wird mittels nachfolgender Regelung bemessen:

6.8.2.1 bei ausschließlich ambulant behandeltem Knochenbruch (vollständige Fraktur) und/oder einem vollständigen Bänderriss

ohne vollstationärem Krankenhausaufenthalt 100 Euro

6.8.2.2 bei einem Knochenbruch (vollständige Fraktur) und/oder einem vollständigen Bänderriss

mit ununterbrochenem vollstationärem Krankenhausaufenthalt

bis zu 4 Tagen	250 Euro,
5 bis 13 Tagen	500 Euro,
mehr als 13 Tagen	1.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, kann das Schmerzensgeld bei einem Knochenbruch und/oder einem vollständigen Bänderriss nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden.

6.9 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

6.9.1 Wir zahlen nach einem Unfall eine Sofortleistung in Höhe von 10 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 20.000 Euro, bei folgenden schweren Verletzungen, wenn nicht der Tod innerhalb einer Woche nach dem Unfall eintritt:

6.9.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

6.9.1.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,

6.9.1.3 Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,

6.9.1.4 dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,

6.9.1.5 Schädel-Hirn-Trauma mindestens II. Grades,

6.9.1.6 schwere Mehrfachverletzungen:

6.9.1.6.1 Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
(Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)

oder

6.9.1.6.2 gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

oder

6.9.1.6.3 Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,
- Bruch eines langen Röhrenknochens,
- Bruch des Beckens,
- Bruch der Wirbelsäule;

6.9.1.7 andere Verletzungen, soweit diese unmittelbar nach dem Unfall zu einem vollstationären ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von mindestens 25 Tagen führen.

Der Krankenhausaufenthalt muss ausschließlich unfallbedingt und medizinisch notwendig sein. Nicht als vollstationäre Behandlung gelten Reha-Maßnahmen, auch soweit diese stationär und im unmittelbaren Anschluss an die vollstationäre Behandlung durchgeführt werden.

6.9.2 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 6.9.1 dieser Besonderen Bedingungen) ist durch einen fachärztlichen Bericht nachzuweisen.

6.9.3 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

6.9.4 Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, kann die Sofortleistung bei schweren Verletzungen insgesamt nur in Höhe von 10 % der versicherten Gesamtinvaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 20.000 Euro, aus diesen Versicherungen verlangt werden.

6.10 Übernahme der Arztgebühren ohne Höchstsatz

(zu Ziffer 9 AUB)

Abweichend von Ziffer 9.1 AUB ersetzen wir die ärztlichen Gebühren zur Begründung des Leistungsanspruchs ohne Höchstsatz.

7. Weitere Vereinbarungen

7.1 Vorsorgeversicherung für hinzukommende Angehörige (Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft, Geburt, Adoption)

7.1.1 Für während der Wirksamkeit der Versicherung hinzukommende Angehörige des Versicherungsnehmers, nämlich für

- neugeborene leibliche Kinder des Versicherungsnehmers ab Vollendung der Geburt oder minderjährige adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens des familiengerichtlichen Adoptionsbeschlusses und
- Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft vor der zuständigen Behörde/ Urkundsperson,

besteht bis zur nächsten Hauptfälligkeit, mindestens jedoch für den Zeitraum von 6 Monaten beitragsfrei Versicherungsschutz gemäß Ziffer 7.1.2 dieser Besonderen Bedingungen, wenn der Versicherungsnehmer selbst eine der versicherten Personen des Vertrages ist.

7.1.2 Die Versicherungssummen betragen für jeden hinzukommenden Angehörigen

- 20.000 Euro Invaliditätsgrundsumme.

  Es gelten – soweit für den Versicherungsnehmer vereinbart – die Erweiterungen zum Invaliditäts-Kapital gemäß Ziffer 5.2 dieser Besonderen Bedingungen;
- 50 % der für den Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssumme der Unfall-Rente. Es gilt das Unfall-Rentenmodell, das für den Versicherungsnehmer vereinbart ist;

  Hat der Versicherungsnehmer für sich selbst keine Unfall-Rente vereinbart, besteht für den neu hinzu-

gekommenen Angehörigen kein Versicherungsschutz aus dieser Leistungsart.

- 5.000 Euro Tod,
- 10.000 kosmetische Operationen,
- 10.000 Euro Bergungskosten,
- 25 Euro Krankenhaus-Tagegeld

unter der Voraussetzung, dass für den Versicherungsnehmer selbst ein Krankenhaus-Tagegeld vereinbart ist.

7.1.3 Stellen Sie während des beitragsfreien Zeitraumes einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person, so gilt Folgendes:

Die beitragsfreie Versicherungszeit bleibt bezüglich der in Ziffer 7.1.2 genannten Leistungsarten und Versicherungssummen erhalten.

Bei Vereinbarung höherer Versicherungssummen ist für die betreffende Person bis zum Ablauf der beitragsfreien Versicherungszeit dieser Vorsorgeversicherung nur der Beitrag für den Teil zu entrichten, welcher die Versicherungssummen dieser Vorsorgeversicherung übersteigt.

7.2 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Ziffer 3.2.2 AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 70 %, nehmen wir keine Minderung vor.

7.3 Nachversicherungsgarantie – Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

7.3.1 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Soweit die Leistungsarten

- Invaliditäts-(Kapital)leistung,
- Unfall-Rente,
- Übergangsleistung,
- Krankenhaus-Tagegeld und
- Todesfallleistung

vereinbart sind, können Sie zu diesen Leistungsarten alle fünf Jahre zum Beginn des Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung bei sonst unveränderten Vertragsbestimmungen eine Erhöhung der Versicherungssummen verlangen. Ihre entsprechende Mitteilung richten Sie spätestens acht Wochen vor Beginn des Versicherungsjahres an uns.

7.3.2 Umfang der Erhöhung

Die einzelne Erhöhung der versicherten Summen darf maximal 20 % der ursprünglich abgeschlossenen Versicherungssumme der versicherten Leistungsarten sowie unsere tariflich festgelegten Höchstversicherungssummen nicht übersteigen.

7.3.3 Beitragszahlung für die Erhöhung

Die Beiträge für die gewählte Erhöhung errechnen sich nach dem zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung vereinbarten Vertragsbeitrag. Der neue Beitrag gilt ab dem Zeitpunkt der Erhöhung.

7.3.4 Ende der Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie erlischt, wenn die versicherte Person das 72. Lebensjahr vollendet hat.

7.4 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Ist dies vereinbart und somit im Versicherungsschein/Nachtrag unter Bedingungen/Vereinbarungen entsprechend ausgewiesen, werden zu dieser Unfallversicherung Summen und Beitrag jährlich angepasst.

7.4.1 Soweit die unter Ziffer 7.4.2 dieser Besonderen Bedingungen genannten Leistungsarten vereinbart sind, erhöhen sich ausschließlich für diese die Versicherungssummen jährlich zum Beginn des Versicherungsjahres um 2 %, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Andere Leistungen bzw. Leistungsarten, als die unter Ziffer 7.4.2 genannten, nehmen an der Dynamisierung nicht teil.

Das Gleiche gilt für Versicherungssummen (-anteile), zu den unter Ziffer 7.4.2 genannten Leistungsarten, wenn wir für diese keinen Beitrag berechnen.

7.4.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro,
- für die Übergangsleistung auf volle 50 Euro,
- für die Unfall-Rente auf volle 0,50 Euro,
- für das Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld auf volle 0,50 Euro,
- für das Eltern-Unterstützungsgeld auf volle 0,50 Euro.

7.4.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

7.4.4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

7.4.5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

7.4.6 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist weisen wir Sie in unserer Mitteilung hin.

7.4.7 Sie und wir können diese Vereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

7.4.8 Für die Zeit einer Beitragsbefreiung findet keine Anpassung von Leistung und Beitrag statt.

7.5 Keine Operationspflicht

(zu Ziffer 7.1 AUB)

Für die versicherte Person besteht auch bei ärztlicher Anordnung keine Verpflichtung, sich einer Operation zu unterziehen.

7.6 Geringfügige Verletzungen

(zu Ziffer 7.1 AUB)

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

7.7 Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose

Abweichend von Ziffer 9.3 AUB zahlen wir nach einem Unfall eine Invaliditätsleistung vor Ablauf der genannten Frist, wenn folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind:

- klare medizinisch gesicherte Diagnose und/oder
- Verlust von Gliedmaßen.

8. Besondere Bestimmungen für Angehörige von Heilberufen

8.1 Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen

(zu Ziffer 5.2.2 AUB)

Für versicherte Personen, die

- eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/-ärztin, Zahntechniker/-in, Heilpraktiker/-in, Hebamme, Entbindungspfleger/-in oder Tierarzt/-ärztin ausüben,
- in der Krankenpflege als Krankenschwester, Krankenpfleger/-in, Krankenpflegehelfer/-in oder als medizinisches Personal beschäftigt sind,
- Studenten/-innen der Medizin, der Zahnheilkunde oder der Tierheilkunde sind,

wird der Versicherungsschutz in folgendem Umfang auf Strahlenschäden erweitert:

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

8.2 Einschluss von Infektionen für Angehörige von Heilberufen, Chemikern, Desinfektoren

(zu Ziffer 5.2.4 AUB)

8.2.1 Für versicherte Personen, die

- als Chemiker/-innen oder Desinfektoren/-innen tätig sind,
- eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/-ärztin, Zahntechniker/-in, Heilpraktiker/-in, Hebamme, Masseur/-in, Physiotherapeut/-in, Entbindungspfleger/-in oder Tierarzt/-ärztin ausüben,
- in der Krankenpflege als Krankenschwester, Krankenpfleger/-in, Krankenpflegehelfer/-in oder als medizinisches Personal beschäftigt sind,
- Studenten/-innen der Medizin, der Zahnheilkunde oder der Tierheilkunde sind,

wird der Versicherungsschutz auf Gesundheitsschäden durch Infektionen in folgendem Umfang erweitert.

8.2.2 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer unter Ziffer 8.2.1 genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

8.2.2.1 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

8.2.2.2 Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind, besteht jedoch Versicherungsschutz für Diphtherie und Tuberkulose.

8.2.2.3 Für versicherte Personen, die als Chemiker/-innen oder Desinfektoren/-innen tätig sind, gilt:

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

8.2.3 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

9. Beitragsbefreiung

Die nachfolgenden Bestimmungen gelten nicht für Gruppen-Unfallversicherungsverträge und für Bauhelfer-Unfallversicherungen.

9.1 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (gilt nicht für Selbstständige)

9.1.1 Beitragsbefreiung

Werden Sie als Versicherungsnehmer unfreiwillig arbeitslos, wird der Vertrag vorübergehend beitragsfrei weitergeführt.

Unfreiwillige Arbeitslosigkeit liegt auch dann vor, wenn Sie und Ihr Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis einvernehmlich durch Aufhebungsvertrag beendet haben.

9.1.2 Leistungsfreiheit

Kein Anspruch auf Gewährung von beitragsfreiem Versicherungsschutz besteht, wenn Sie:

- wegen fristloser Kündigung Ihres Arbeitsverhältnisses durch Ihren Arbeitgeber arbeitslos geworden sind oder
- das Arbeitsverhältnis selbst gekündigt haben.

9.1.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für beitragsfreien Versicherungsschutz:

- Vom Beginn dieser Leistungszusage an bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit sind die Beiträge zu dieser Versicherung mindestens 36 Monate lang von Ihnen ununterbrochen entrichtet worden.
- Bei Beginn dieser Leistungszusage haben Sie das 50. Lebensjahr und bei Beginn der Arbeitslosigkeit das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Sie sind unmittelbar vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 3 Jahre als Arbeitnehmer ununterbrochen sozialversicherungspflichtig in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt gewesen.

9.1.4 Nachweis

Durch Bescheinigung Ihres Arbeitgebers weisen Sie uns das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Ziffer 9.1.3 dieser Besonderen Bedingungen sowie die Gründe für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach. Anstelle einer Bescheinigung des Arbeitgebers ist bei Studenten eine Studienbescheinigung der Fachhochschule oder Universität erforderlich.

9.1.5 Auszubildende, Studenten

Die Beitragsbefreiung gilt auch für:

- Auszubildende, die unmittelbar nach 3-jähriger ununterbrochener Ausbildung arbeitslos werden.
- Auszubildende, wenn sie nach ununterbrochener Ausbildung und sofort anschließender Beschäftigung als Arbeitnehmer in einem unbefristeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis arbeitslos werden und der Zeitraum der Ausbildung/Beschäftigung insgesamt mindestens 3 Jahre betragen hat.
- Studenten in einem staatlich anerkannten Studiengang an einer Fachhochschule oder Universität, die eine mindestens 3-jährige ununterbrochene Studiendauer nachweisen können und unmittelbar anschließend arbeitslos werden.
- Studenten in einem staatlich anerkannten Studiengang an einer Fachhochschule oder Universität, wenn sie nach mindestens 3-jähriger ununterbrochener Studiendauer und sofort anschließender Beschäftigung als Arbeitnehmer in einem unbefristeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis arbeitslos werden.

Bei Studienabbruch besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung.

9.1.6 Leistung

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, wird Ihr Vertrag auf Antrag beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung gilt längstens für 12 Monate und beginnt mit dem Kalendermonat, der auf den Eingang der genannten Bescheinigungen bei uns folgt. Für diesen Zeitraum bereits geleistete Beitragszahlungen werden anteilig erstattet.

Die Beitragsbefreiung endet mit Wiederaufnahme einer neuen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit, die uns unverzüglich anzuzeigen ist.

Während der Beitragsbefreiung müssen Sie uns den Bewilligungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit vorlegen, aus dem sich die Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld ergibt. Außerdem ist das ununterbrochene Fortbestehen der Arbeitslosigkeit alle 3 Monate nachzuweisen.

Unabhängig davon sind wir jederzeit berechtigt, bei der Bundesagentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einzuholen.

Hat eine Beitragsbefreiung gemäß dieser Besonderen Bedingungen weniger als sechs Monate betragen und tritt nach Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung als Arbeitnehmer erneut unfreiwillige Arbeitslosigkeit ein, wird die Dauer der Beitragsbefreiung auf Ihren Antrag hin auf insgesamt den vereinbarten Zeitraum ausgedehnt.

Wenn Sie eine Beitragsbefreiung insgesamt für den Zeitraum von zwölf Monaten in Anspruch genommen haben, müssen die Voraussetzungen für eine nochmalige Beitragsbefreiung neu erfüllt werden.

9.2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern im Falle des Todes des Versicherungsnehmers

(zu Ziffer 11.6 AUB)

Ziffer 11.6 AUB erhält folgenden Wortlaut:

Wenn Sie als Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer sterben und

- es sich bei dem versicherten Kind um ein leibliches, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind handelt,
- die Versicherung zum Zeitpunkt des Todes ungekündigt bestanden hat und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung unabhängig vom Alter des Versicherungsnehmers mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen 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.

9.3 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern bei 100 %-iger Invalidität des Versicherungsnehmers

9.3.1 Beitragsbefreiung

Haben Sie als Versicherungsnehmer einen Unfall erlitten, der zu einem nach den Ziffern 5.3 und 7.2 dieser Besonderen Bedingungen zu ermittelnden Invaliditätsgrad von 100 % geführt hat, wird die Versicherung für die im Rahmen des Vertrages versicherten Kinder mit den zum Unfallzeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem die versicherten Kinder das 18. Lebensjahr vollenden.

9.3.2 Voraussetzungen

Voraussetzung für beitragsfreien Versicherungsschutz ist, dass sich Ihr Unfall während der Wirksamkeit des Vertrages ereignet hat und die Versicherung zum Unfallzeitpunkt nicht gekündigt war.

10. Leistungsgarantien

10.1 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse (vormals Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie)

Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung weichen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse für die Unfallversicherung – Stand Juni 2024 – ab.

10.2 Künftige Bedingungs- und Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Werden die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB), die Besonderen Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit Einführung auch für diesen Vertrag.

10.3 Leistungsgarantie gegenüber den Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)

Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) weichen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) unverbindlich empfohlenen Bedingungen für die Unfallversicherung – Stand Juni 2025 – ab.

Zusatzbedingungen
für Assistance-Leistungen in der Unfallversicherung

Diese Bedingungen gelten nur bei versicherten Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen Unfall-Assistance als vereinbarte Leistungsart aufgeführt wird.

1. Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit dem Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder einem Dritten sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.

Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung. Dies gilt nicht für die Organisation der Unterbringung von Haustieren im Notfall. Dieser Anspruch entsteht bereits mit Eintritt des Unfalles.

Sofern die Leistungen für die mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder vor dem Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung benötigt werden, kann der Leistungsbeginn von der versicherten Person selbst gewählt werden, jedoch frühestens zum Eintritt des Unfalles.

Voraussetzung für das Erbringen der Hilfeleistungen ist, dass die versicherte Person als Folge des Unfalls zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt und eine andere im Haushalt lebende Person die Leistungen nicht erbringen kann.

1.2 Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister, einem anerkannten Sozialdienst, bestimmt.

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Leistungsdauer und Leistungsumfang ergeben sich im Einzelnen aus den Ziffern 2 bis 4 dieser Zusatzbedingungen.

1.3 Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung.

1.4 Erbrachte Hilfeleistungen dieser Zusatzbedingungen begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch den Versicherer.

1.5 Sofern sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können für die Zeit des Auslandaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.

1.6 Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch den Versicherer. Insofern gilt die Kostenübernahme nur für Dienstleister, die vom Versicherer beauftragt werden.

1.7 Höchstgrenze 10.000 Euro

Für die aufgeführten Leistungen gemäß Ziffer 2 bis 4 dieser Zusatzbedingungen besteht Versicherungsschutz bis zu einer Höhe von insgesamt 10.000 Euro je Versicherungsfall.

2. Leistungen für Personen, die nach dem Tarif für Kinder versichert sind

2.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Unfall des versicherten Kindes/der versicherten Kinder.

2.2 Leistungsdauer

6 Monate ab Inanspruchnahme der Leistung (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist).

2.3 Leistungsumfang

Schulische Belange und Unterstützung der Eltern stehen im Vordergrund.

2.3.1 Beratung schulische/berufliche Perspektive bei bleibender Behinderung

Bei Gefährdung der Fortsetzung der aktuellen schulisch-beruflichen Situation unterstützen und betreuen wir den Betroffenen und seine Angehörigen durch eine Bedarfsanalyse, bei der Wahl einer adäquaten Schule sowie bei Gesprächen mit Lehrern. Bei jungen Erwachsenen unterstützen wir ferner bei der Berufswahl, der Organisation von Praktika, bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen sowie Bewerbungsgesprächen.

2.3.2 Tagesmutter

Vermittlung und Kostenübernahme von qualifizierten* Tagesmüttern wohnortnah.

Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen.

Die Kostenübernahme erfolgt für die Dauer von wöchentlich 5 Tagen á 8 Stunden täglich.

2.3.3 Nachhilfe – nur Organisation

Für schulpflichtige Kinder im Alter bis maximal 17 Jahren:

Wenn ein Kind durch Unfall für einen längeren Zeitraum nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, werden Nachhilfeangebote vermittelt, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen. Durchgeführt wird der Nachhilfeunterricht sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfe-Institutionen.

2.3.4 Gesundheitshotline

Anrufer können sich bei Fragen rund um folgende Themen an unsere Medizinische Hotline wenden:

- Suche von Spezialisten, Kind gerechten Ärzten, zweite ärztliche Meinung,
- Informationen zu empfohlenen Kinderuntersuchungen U1 bis U9 und Impfungen,
- Hilfe bei Vergiftungen (Nennung von Notfall-Einrichtungen).

2.3.5 Schulung der Angehörigen in der Pflegesituation mit einmaliger Kostenübernahme

Wir übernehmen die einmalige Organisation und die Kosten einer Pflegeschulung für Angehörige der versicherten Person.

2.3.6 Beratung der Eltern zur Pflege

Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach Krankenhausaufenthalt des verunfallten Kindes) sowie Beratung zu haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln.

2.3.7 Spielzeug bis 50 Euro

Organisation und Kostenübernahme von Spielsachen für versicherte Kinder bis zu einer Höchstgrenze von 50 Euro.

2.3.8 Betreuung Geschwisterkinder

Aufgrund einer Verletzung des versicherten Kindes kann eine Betreuung des/der Geschwisterkind/er durch die eigentliche Betreuungsperson/Mutter/Vater nachweislich nicht erbracht werden. Es erfolgt die Vermittlung und Kostenübernahme von qualifizierten* Tagesmüttern wohnortnah. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen. Die Kostenübernahme erfolgt für die Dauer von wöchentlich 5 Tagen á 8 Stunden täglich.

2.3.9 ÖPNV-Begleitung

Ist der Versicherungsnehmer nach einem Unfall des versicherten Kindes nicht in der Lage, das Kind auf ÖPNV-Fahrten zu begleiten und beauftragt hiermit eine Person seines Vertrauens, erstatten wir die hierfür zusätzlich anfallenden Beförderungsentgelte für Hin- und Rückfahrt bis zu einer Höhe von 30 Euro an bis zu 5 Terminen pro Woche.

2.3.10 Taxikosten/Fahrdienst

Ist der Versicherungsnehmer nach einem Unfall des versicherten Kindes nicht in der Lage, das Kind zu alltäglichen Terminen zu befördern, unterstützen wir den Versicherungsnehmer bei der Organisation eines Taxis und übernehmen die zusätzlich entstandenen Kosten bis zu einer Dauer von 6 Wochen, jedoch maximal 500 Euro gegen entsprechenden Nachweis.

2.3.11 Beschaffung von Rollstuhl, Rollator oder Gehhilfen

Benötigt das versicherte Kind des Versicherungsnehmers zeitlich begrenzt einen Rollstuhl, Rollator oder eine Gehhilfe, die keine Krankenkassen-Leistung darstellen, jedoch zur Erleichterung des Alltags anzuraten ist, unterstützen wir den Versicherungsnehmer bei der Suche eines geeigneten Anbieters und der Organisation der Anmietung und übernehmen die dafür anfallenden Kosten für maximal 6 Wochen. Organisieren Sie als Versicherungsnehmer diese Leistung selbst, übernehmen wir die entstandenen Kosten bis maximal 50 Euro pro Woche inkl. Nebenkosten.

2.3.12 Entertainment/Literaturpauschale

Hat der Versicherungsnehmer durch die Umstände der Verletzung seines versicherten Kindes erhöhte Kosten für Zeitschriften, Literatur oder ein Pay-TV Abonnement (z. B. Kauf von E-Books, Abonnement einer Jugend- oder Tageszeitung oder Kosten für Streamingplattformen), übernehmen wir die hierfür anfallenden Kosten einmalig bis zu 30 Euro.

3. Leistungen für Personen, die nach dem Tarif für Erwachsene versichert sind

3.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Unfall der versicherten Person.

3.2 Leistungsdauer

6 Monate ab Inanspruchnahme der Leistung (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist).

3.3 Leistungsumfang

3.3.1 Familienpfleger/Kinderbetreuung im Notfall

Die "Notfallbetreuung" garantiert eine Betreuung des Kindes/der Kinder bis zu 5 Tage á 8 Stunden täglich nach Elternunfall. Der Dienstleister verfügt über einen Datenbestand von qualifizierten* Tagesmüttern, die kurzfristig zur Notbetreuung von Kindern aller Altersstufen zur Verfügung stehen.

3.3.2 Haushaltshilfe

Organisation und Kostenübernahme einer Haushaltshilfe, die für die versicherte Person

- die Reinigung der Wohnung übernimmt,
- die Einkäufe erledigt und
- sich um die Wäsche kümmert.

3.3.2.1 Reinigung der Wohnung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Reinigungskraft für die Wohnung der versicherten Person zum Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches wie Wohnraum, Bad, Toilette und Küche mit Trennen und Entsorgen des Abfalls, einmal wöchentlich maximal 4 Stunden.

3.3.2.2 Besorgungen, Einkäufe und Medikamentenservice

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Einkaufshilfe, die zweimal wöchentlich für die versicherte Person den Einkaufszettel zusammenstellt, Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel erledigt sowie die eingekauften Lebensmittel unterbringt und versorgt. Die Kosten für die eingekauften Waren und/oder Medikamente werden von uns nicht übernommen.

3.3.2.3 Versorgung der Wäsche

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Hilfe, die für die versicherte Person das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie der Schuhpflege erledigt, einmal wöchentlich maximal 4 Stunden.

3.3.3 Menüservice

Wir übernehmen die Organisation und Kosten der Lieferung einer Mahlzeit täglich für die versicherte Person und im Haushalt lebende Familienangehörige nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

3.3.4 Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Begleitperson zu Arzt- und Behördengängen für die versicherte Person zweimal wöchentlich.

3.3.5 Fahrdienst (zu Ärzten, Behörden, Therapien, Krankengymnastik)

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zu Arzt- und Behördengängen, zur Krankengymnastik und Therapien für die versicherte Person zweimal wöchentlich.

3.3.6 Haustierversorgung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten für die Unterbringung des Haustieres/der Haustiere der versicherten Person. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier/die Haustiere in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung des Haustieres/der Haustiere in der Wohnung/Haus der versicherten Person übernimmt.

Die Kosten für die Tiernahrung oder ggf. anfallende Tierarztkosten werden von uns nicht übernommen. Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfstatus besitzt, keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist. Das Angebot gilt für Hunde, Katzen, Hamster, Kaninchen, Meerschweinchen und Ziervögel.

3.3.7 Gartenpflege

Ist der Versicherungsnehmer nach einem Unfall nicht mehr in der Lage, die nötigen grundlegenden Arbeiten im privaten Garten zu erledigen, organisieren wir einen entsprechenden Dienstleister. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf der Garten am selbstbewohnten Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person versorgt. Voraussetzung ist, dass sich der Garten vor dem Leistungsfall nicht in einem verwahrlosten Zustand befand. Zu den Arbeiten zählen z. B. Rasen mähen, Laub entfernen und Pflanzen wässern. Der zeitliche Aufwand ist auf maximal 6 Wochen und wöchentlich 3 Stunden bis zu maximal 50 Euro pro Stunde begrenzt.

Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.

3.3.8 Winterdienst

Nach einem Unfall des Versicherungsnehmers wird bei Bedarf der Schnee rund um das selbstbewohnte Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person geräumt. Hierzu zählt auch das Ausbringen von Streugut. Hierbei übernehmen wir die hierfür anfallenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 50 Euro pro Stunde und maximal dreimal wöchentlich bis zu 6 Wochen.

Die Kosten für das Streugut und dessen Beschaffung übernehmen wir nicht.

3.3.9 Gesundheitshotline

Anrufer können sich bei Fragen rund um folgende Themen an unsere Medizinische Hotline wenden:

- Benennung von Spezialisten,
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung,
- Hilfe bei Vergiftungen
  (Nennung von Notfall-Einrichtungen).

3.3.10 Beratung des Partners/der Angehörigen zur Pflege

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Beratung durch einen Pflegemanager zu nachstehenden Themen:

- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person),
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln,
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gemäß SGB XI,
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen, inkl. Widerspruchsverfahren,
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen,
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Wir übernehmen die Kosten eines einmaligen telefonischen Beratungsgespräches.

3.3.11 Schulung der Angehörigen in der Pflegesituation

Wir übernehmen die einmalige Organisation und die Kosten einer Pflegeschulung für Angehörige der versicherten Person.

3.3.12 Grundpflege entsprechend des zu erwartenden Pflegegrades (bis Eintritt der Pflegeversicherung)

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Grundpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Hautpflege, Haarpflege, An- und Auskleiden sowie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) der versicherten Person für bis zu 4 Stunden pro Tag.

3.3.13 Grundpflege des pflegebedürftigen Angehörigen (Verhinderungspflege, nur Organisation)

Wenn vor dem Unfall die verunfallte Person in ihrem Haushalt eine Person gepflegt hat, die mindestens in Pflegegrad 2 im Sinne des Sozialgesetzbuches XI eingestuft ist, organisieren wir einen Ersatzpfleger für die tägliche häusliche Grundpflege; die Kosten hierfür werden von uns nicht übernommen.

4. Leistungen für Personen, die das 67. Lebensjahr vollendet haben

4.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Unfall der versicherten Person.

4.2 Leistungsdauer

6 Monate ab Inanspruchnahme der Leistung (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist).

4.3 Leistungsumfang

4.3.1 Menüservice

Wir übernehmen die Organisation und Kosten der Lieferung einer Mahlzeit täglich für die versicherte Person und im Haushalt lebende Familienangehörige nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

4.3.2 Haushaltshilfe

Organisation und Kostenübernahme einer Haushaltshilfe, die für die versicherte Person

- die Reinigung der Wohnung übernimmt,
- die Einkäufe erledigt und
- sich um die Wäsche kümmert.

4.3.2.1 Reinigung der Wohnung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Reinigungskraft für die Wohnung der versicherten Person zum Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches wie Wohnraum, Bad, Toilette und Küche mit Trennen und Entsorgen des Abfalls, einmal wöchentlich maximal 4 Stunden.

4.3.2.2 Besorgungen, Einkäufe und Medikamentenservice

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Einkaufshilfe, die zweimal wöchentlich für die versicherte Person den Einkaufszettel zusammenstellt, Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel erledigt sowie die eingekauften Lebensmittel unterbringt und versorgt.

Die Kosten für die eingekauften Waren und/oder Medikamente werden von uns nicht übernommen.

4.3.2.3 Versorgung der Wäsche

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Hilfe, die für die versicherte Person das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie der Schuhpflege erledigt, einmal wöchentlich maximal 4 Stunden.

4.3.3 Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Begleitperson zu Arzt- und Behördengängen für die versicherte Person zweimal wöchentlich.

4.3.4 Fahrdienst
(zu Ärzten, Behörden, Therapien, Krankengymnastik)

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zu Arzt- und Behördengängen, zur Krankengymnastik und Therapien für die versicherte Person zweimal wöchentlich.

4.3.5 Haustierversorgung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten für die Unterbringung des Haustieres/der Haustiere der versicherten Person. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier/die Haustiere in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung des Haustieres/der Haustiere in der Wohnung/Haus der versicherten Person übernimmt.

Die Kosten für die Tiernahrung oder ggf. anfallende Tierarztkosten werden von uns nicht übernommen. Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfstatus besitzt, keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist. Das Angebot gilt für Hunde, Katzen, Hamster, Kaninchen, Meerschweinchen und Ziervögel.

4.3.6 Gartenpflege

Ist der Versicherungsnehmer nach einem Unfall nicht mehr in der Lage, die nötigen grundlegenden Arbeiten im privaten Garten zu erledigen, organisieren wir einen entsprechenden Dienstleister. Bis zu zweimal wöchentlich

wird bei Bedarf der Garten am selbstbewohnten Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person versorgt. Voraussetzung ist, dass sich der Garten vor dem Leistungsfall nicht in einem verwahrlosten Zustand befand. Zu den Arbeiten zählen z. B. Rasen mähen, Laub entfernen und Pflanzen wässern. Der zeitliche Aufwand ist auf maximal 6 Wochen und wöchentlich 3 Stunden bis zu maximal 50 Euro pro Stunde begrenzt.

Anfallende Gebühren und Kosten (z. B. für Strom, Wasser und Abtransport von Schnittgut) werden nicht übernommen.

4.3.7 Winterdienst

Nach einem Unfall des Versicherungsnehmers wird bei Bedarf der Schnee rund um das selbstbewohnte Haus oder der selbstbewohnten Wohnung der versicherten Person geräumt. Hierzu zählt auch das Ausbringen von Streugut. Hierbei übernehmen wir die hierfür anfallenden Kosten bis zu einer Höhe von maximal 50 Euro pro Stunde und maximal dreimal wöchentlich bis zu 6 Wochen.

Die Kosten für das Streugut und dessen Beschaffung übernehmen wir nicht.

4.3.8 Gesundheitshotline

Anrufer können sich bei Fragen rund um folgende Themen an unsere Medizinische Hotline wenden:

- Benennung von Spezialisten,
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung,
- Hilfe bei Vergiftungen
  (Nennung von Notfall-Einrichtungen).

4.3.9 Beratung des Partners/der Angehörigen zur Pflege

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Beratung durch einen Pflegemanager zu nachstehenden Themen:

- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person),
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln,
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gemäß SGB XI,
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen, inkl. Widerspruchsverfahren,
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen,
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Wir übernehmen die Kosten eines einmaligen telefonischen Beratungsgespräches.

4.3.10 Schulung der Angehörigen in der Pflegesituation

Wir übernehmen die einmalige Organisation und die Kosten einer Pflegeschulung für Angehörige der versicherten Person.

4.3.11 Grundpflege entsprechend des zu erwartenden Pflegegrades (bis Eintritt der Pflegeversicherung)

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Grundpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Hautpflege, Haarpflege, An- und Auskleiden sowie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) der versicherten Person für bis zu 4 Stunden pro Tag.

4.3.12 Grundpflege des pflegebedürftigen Angehörigen (Verhinderungspflege, nur Organisation)

Wenn vor dem Unfall die verunfallte Person in ihrem Haushalt eine Person gepflegt hat, die mindestens in Pflegegrad 2 im Sinne des Sozialgesetzbuches XI eingestuft ist, organisieren wir einen Ersatzpfleger für die tägliche häusliche Grundpflege; die Kosten hierfür werden von uns nicht übernommen.

4.3.13 Hausnotrufanlage

Wir übernehmen die Organisation sowie die einmaligen Kosten der Installation einer Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person. Weitere, laufende Kosten für die Anlage hat die versicherte Person selbst zu tragen. Die technischen Voraussetzungen für die Installation müssen in der Wohnung bereits verfügbar sein.

4.3.14 Pflegeheim

Ist ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich oder nicht gewünscht, unterstützen wir Sie und Ihre Angehörigen bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheimplatz.

Wir vermitteln und organisieren einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Nach einer Bedarfsanalyse kümmern wir uns umgehend um die Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz. Dieser wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes oder sonstigen geographischen Wünschen zur Verfügung gestellt.

Die Kosten hierfür werden von uns nicht übernommen.

***** (Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses, ärztlichen Attestes über die gesundheitliche Eignung, Nachweis über Erste Hilfe am Kind, Pflegeerlaubnis des Jugendamtes bei Betreuung in Räumlichkeiten der Tagesmutter/des Tagesvaters, Nachweis der erforderlichen Qualifikation wie Tagesmütterzertifikat oder abgeschlossene pädagogische Ausbildung).

Zusatzbedingungen
für das Reha-Management in der Unfallversicherung

Diese Bedingungen gelten nur bei versicherten Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen das Reha-Management als vereinbarte Leistungsart aufgeführt wird.

1. Was ist versichert?

1.1 Nach einem Unfall erbringen wir Unfall-Assistance- und Reha-Management-Leistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.2 Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Unfall-Assistance- und Reha-Management-Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß den Ziffern 1.3 bis 1.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) erlitten.

2.2 Leistungen der Unfall-Assistance ohne Kostenübernahme

Die Hilfe beschränkt sich auf die Benennung und Organisation von Assistance-Leistungen. Die Kosten für eine erbrachte Leistung trägt der Versicherungsnehmer.

2.2.1 Informations- und Organisationsleistungen (abhängig von einem Unfallereignis)

Die nachfolgenden Leistungen werden auf Wunsch abhängig von einem Unfallereignis erbracht.

Die versicherte Person hat einen versicherten Unfall erlitten; unter Berücksichtigung des Zustands der versicherten Person wird Hilfe bei den nachfolgenden Dienstleistungen erbracht. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

Erbrachte Hilfeleistungen gemäß dieser Zusatzbedingungen begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch den Versicherer.

2.2.1.1 Menüservice

Die versicherte Person erhält nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die versicherte Person kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen.

2.2.1.2 Kinderbetreuung

Wir vermitteln qualifizierte Tagesmütter wohnortnah. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen.

2.2.1.3 Haustierunterbringung

Der versicherten Person wird die Betreuung Ihrer Haustiere organisiert. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

2.2.1.4 Einkaufsservice

Sofern die Notwendigkeit hierfür besteht, werden folgende Besorgungen durchgeführt:

- Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden,
- das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten,
- der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie
- das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

2.2.1.5 Wohnungsreinigung

Innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person wird der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

2.2.2 Informationsleistungen (unabhängig von einem Unfallereignis)

Die nachfolgenden Informationsleistungen werden auf Ihren Wunsch unabhängig von einem Unfallereignis erbracht:

2.2.2.1 Psychologen/Einrichtungen zur psychologischen Betreuung

Wir benennen Psychologen und Einrichtungen zur psychologischen Betreuung.

2.2.2.2 Impfauskunft

Anrufer können sich bei Fragen rund um das Thema Impfen, auch zur Prävention, an unsere Medizinische Hotline wenden.

2.2.2.3 Gesundheitshotline

- Anrufer können sich bei Fragen rund um folgende Themen an unsere Medizinische Hotline wenden:
- Suche von Spezialisten,
- ärztliche Meinung,
- Hilfe bei Vergiftungen (Nennung von Notfall-Einrichtungen).

2.3 Leistungen im Reha-Management

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management.

Dies beinhaltet

- eine Situationsanalyse,
- die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung eines individuellen Rehabilitationskonzepts,
- die Begleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

Im Rahmen einer telefonischen Erstberatung wird durch qualifiziertes Personal mit dem Betroffenen eine Problemanalyse durchgeführt und Hilfestellung bei der Suche nach

einer individuellen und bedarfsorientierten Intervention angeboten.

In Ausnahmefällen, wenn eine telefonische Aufklärung und Beratung aufgrund der Schwere des Falles nicht ausreicht, bieten wir auch ein Erstgespräch vor Ort an.

Wir übernehmen die für dieses Erstgespräch angefallenen Kosten.

2.4 Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AUB unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

3. Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Medizinische Rehabilitation und Therapie

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, -maßnahmen und Therapien wie:

- ärztliche Zweitmeinung,
- qualifizierte Leistungserbringer (z. B. spezialisierte Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen),
- spezielle Therapien und Maßnahmen (z. B. psychologische Betreuung, Osteopathie).

Beispielfall: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik verbracht. Auf Wunsch der versicherten Person:

- *holen wir eine ärztliche Zweitmeinung ein,*
- *organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,*
- *vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie.*

3.2 Berufliche Rehabilitation

- Unterstützung und Beratung bei Wiedereingliederung ins Arbeitsleben,
- Beratung, Planung und Unterstützung des Arbeitgebers für behindertengerechte Gestaltung des/eines Arbeitsplatzes,
- Beratung und Begleitung behinderter Kinder und Jugendlicher zur Aufnahme eines geeigneten Ausbildungsplatzes und schulischen Einrichtung,
- Beratung schulischer oder beruflicher Perspektiven,
- Beratung zur häuslichen Pflege,

3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen,
- Rollstühle,
- Gehhilfen.

3.4 Technische Rehabilitation

Wir beraten bei der Gestaltung/dem Umbau der Wohnung und unterstützen bei der Organisation eines behindertengerechten Umbaus der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder der Ein-/Zweifamilienhauses sowie eines behindertengerechten Umbaus des Personenkraftwagens, den die versicherte Person benutzt.

4. Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen? Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?

4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach den Ziffern 2.2, 2.3 und 3 erbringen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

4.2 Kostenübernahme

Für die Leistungen nach Ziffer 3.1 bis 3.3 gilt Folgendes:

Die Kosten für die Begleitung durch den Reha-Berater, die Beratung zur Technischen Rehabilitation und zur Beruflichen Rehabilitation werden bis zu einer Gesamtsumme in Höhe von 5.000 Euro je Leistungsfall übernommen.

4.3 Zahlungen anderer Leistungsträger

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach Ziffer 3.1 bis 3.3 tragen wir, soweit sie nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommen werden.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

5.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern,
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB gilt entsprechend.

6. Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

7. Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Rehabilitationsleistungen, ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitere Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die Bedingungen, die für die jeweiligen Leistungsarten gelten.

rhion.digital

Verbraucherinformation

zur Sach-, Haftpflicht- und Unfallversicherung

I. Allgemeines

1. Identität des Versicherers

Name, Rechtsform, ladungsfähige Anschrift:

Rhion Versicherung AG, RheinLandplatz,
41460 Neuss,
vertreten durch die Vorstände: Dr. Arne Barinka,
Lutz Bittermann, Dr. Ulrich Hilp, Andreas Schwarz;
Aufsichtsratsvorsitzender: Wilhelm Ferdinand Thywissen.

Handelsregistereintrag: Amtsgericht Neuss, HRB 13420.

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / zuständige Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit:

Die Rhion Versicherung AG gehört zur RheinLand Versicherungsgruppe und betreibt die Kraftfahrzeug-, Haftpflicht-, Sach- und Unfallversicherung.

Aufsichtsbehörde:

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

3. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich nach vorliegendem Antrag aus den hierfür maßgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie ggf. Besonderen Bedingungen, Risikobeschreibungen, Klauseln, Pauschaldeklarationen und Sicherungsrichtlinien sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Diese Unterlagen enthalten auch Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung.

4. Gesamtpreis der Versicherung

Der konkrete Gesamtpreis (Beitrag) zur Versicherung ist im Angebot bzw. Antrag detailliert ausgewiesen.

5. Zusätzliche Kosten

Besondere Gebühren und Kosten werden, mit Ausnahme der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten, nicht erhoben.

6. Beitragszahlung

Grundsätze:

Die Grundsätze der Beitragszahlung sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Die Folgebeiträge sind jeweils am Ersten des Monats fällig, in dem die neue Versicherungsperiode beginnt. Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sind diese am Ersten des jeweiligen Monats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

Für monatliche Zahlungsweise ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates Voraussetzung. Ist monatliche Zahlungsweise vereinbart und entfällt das SEPA-Lastschriftmandat oder kann eine Abbuchung nicht durchgeführt werden, so wird auf vierteljährliche Zahlungsweise umgestellt.

SEPA-Lastschriftmandat:

Im Falle einer Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates gilt Folgendes:

Sie ermächtigen uns widerruflich, die zu entrichtenden Versicherungsbeiträge zu Lasten des von Ihnen genannten Kontos mittels Einziehungsauftrag (Lastschrift) einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten aus dem Widerspruch gegen eine berechtigte Abbuchung oder Rücklastschrift mangels ausreichender Kontodeckung gehen zu Ihren Lasten.

Sie können innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

7. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Angebotsinformationen bzgl. der Bedingungen, Bestimmungen und Beiträge ist auf zwei Monate befristet, sofern nicht im Angebot ein anderer Zeitraum benannt ist.

8. Zustandekommen des Vertrages / Vertragsbeginn / Antragsbindefrist

Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins beim Versicherungsnehmer zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf der Widerspruchsfrist zahlt.

An Ihren Antrag sind Sie einen Monat gebunden.

9. Vertragslaufzeit, Vertragsverlängerung

Versicherungsverträge von ein- und mehrjähriger Dauer verlängern sich um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr,

wenn eine Kündigung in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf einem der beiden Vertragspartner zugegangen ist.

10. Beendigung bzw. Kündigung des Vertrages

Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen worden ist, kann zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten seitens des Versicherungsnehmers gekündigt werden.

Eine Kündigung des Vertrages ist nur dann rechtswirksam, wenn sie innerhalb der jeweils vorgeschriebenen Frist beim Versicherer eingetroffen ist.

Weitere Möglichkeiten der Vertragsbeendigung enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

11. Gerichtsstand / Anwendbares Recht

Gerichtsstand:

Die Gerichtsstände für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht:

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

12. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

13. Schlichtung / Beschwerde

Die Rhion Versicherung AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“. Bei Meinungsverschiedenheiten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag besteht somit die Möglichkeit des Streitschlichtungsverfahrens vor dem Versicherungsombudsmann e. V., sofern der Versicherungsvertrag von Ihnen als natürliche Person abgeschlossen wurde und weder Ihrer gewerblichen noch Ihrer selbstständigen beruflichen Tätigkeit zuzurechnen ist:
Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin (www.versicherungsombudsmann.de).

Weiterhin können Sie eine Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn (www.bafin.de), richten.

Unabhängig hiervon können Sie den Rechtsweg nutzen.

II. 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 Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Rhion Versicherung AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss,
E-Mail: betrieb@rhion.digital, Telefax 02131 6099-13300.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, 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 Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt errechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit

- **1/360 des jährlichen Gesamtbeitrags bzw.**
- **1/180 des halbjährlichen Gesamtbeitrags bzw.**
- **1/90 des vierteljährlichen Gesamtbeitrags bzw.**
- **1/30 des monatlichen Gesamtbeitrags.**

Den Gesamtbeitrag und die von Ihnen gewünschte Zahlungsweise finden Sie im Antrag im Teil der Beitragsberechnung.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

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:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise von Beiträgen;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. 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;
9. 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;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. 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;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. 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;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

III. Wichtige Hinweise zur Erhaltung des Versicherungsschutzes

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Wer diese Hinweise nicht beachtet, läuft Gefahr, seinen Versicherungsschutz zu verlieren!

Obliegenheiten vor Vertragsabschluss – Vorvertragliche Anzeigepflichten

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Rhion Versicherung AG, RheinLandplatz, 41460 Neuss, in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren 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. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. 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 rückwirkenden 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.

Im Übrigen beachten Sie bitte die weiteren Bestimmungen in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

rhion.digital

Datenschutzhinweise

I. Informationen der Rhion Versicherung AG

I.1 Vorbemerkung

Die Rhion Versicherung AG gehört zusammen mit
- der RheinLand Versicherungs AG und
- der Credit Life AG

zur RheinLand Versicherungsgruppe.

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

Diese Informationen finden Sie auch im Internet unter www.rhion.digital/datenschutz.

Mit einem internetfähigen Endgerät (Smartphone, Tablet etc.) und einem entsprechenden QR-Code-Reader können Sie den nebenstehenden Code direkt einscannen und damit unkompliziert die Seite aufrufen.

I.2 Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Rhion Versicherung AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Telefon 02131 6099-0
Telefax 02131 6099-13555
E-Mail info-it@rhion.digital

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

datenschutz@rhion.digital

I.3 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 abrufen unter:

www.rhion.digital/datenschutz

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Zudem verarbeiten und nutzen wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten aller Verträge, die bei einem zur RheinLand Versicherungsgruppe gehörenden Unternehmen bestehen, sowie von für Sie zuständigen Vermittlern, deren Führungskräften und Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen, Erfüllung des Vertrages oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der RheinLand Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Sofern die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Bearbeitung im Leistungs- bzw. Schadenfall dient und/oder der Vertragsdurchführung, sind Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung Artikel 6 Absatz 1 f) und Artikel 9 Absatz 2 f) DSGVO.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Zusätzlich sind wir in Einzelfällen aufgrund geldwäscherechtlicher Vorgaben gesetzlich dazu verpflichtet, Sie in der Vertrags-, Leistungs- bzw. Schadenbearbeitung, etwa anhand Ihres Personalausweises zu identifizieren, z. B.

zur Identitäts- und Altersprüfung, Betrugs- und Geldwäscheprävention, Leistungsberechtigung. Damit wir dieser gesetzlichen Verpflichtung nachkommen können, haben Sie uns nach dem Geldwäschegesetz (GwG) die notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sollten Sie uns die notwendigen Informationen und Unterlagen nicht zur Verfügung stellen, dürfen wir eine Durchführung und Abwicklung des Vertrages nicht vornehmen. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c) DSGVO.

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

I.4 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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 Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Weitergabe an (potentielle) Mitversicherer:

Im Bereich der Wohngebäudeversicherung kommt der von Ihnen beantragte Versicherungsvertrag mit uns und ggf. weiteren Mitversicherern zustande, die ebenfalls Vertragspartner werden, weswegen wir Ihre uns mitgeteilten personenbezogenen Daten nach Antragstellung zwecks Risikoprüfung an diese potentiellen Mitversicherer und im Schadenfall zwecks Leistungsprüfung an den/die jeweils mithaftenden Mitversicherer weitergeben. Den/die jeweils mithaftenden Mitversicherer können Sie dem Versicherungsschein Ihrer Wohngebäudeversicherung entnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.rhion.digital/datenschutz entnehmen.

Gerne senden wir Ihnen diese Liste auch auf Anfrage postalisch zu.

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).

I.5 Dauer der Datenspeicherung

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

I.6 Betroffenenrechte

Sie können unter der in Ziffer I.2 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.

I.7 Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den unter Ziffer I.2 genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz
und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 – 4
40213 Düsseldorf.

I.8 Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die Besurance HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden.

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) 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 den beiliegenden Hinweisen zum HIS unter Ziffer II.

I.9 Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes 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.

I.10 Bonitätsauskünfte

Zum Zweck der Bonitätsprüfung übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie an die Creditreform Boniversum GmbH, Hammfelddamm 13, 41460 Neuss. Diese übermitteln uns gegebenenfalls die in ihrer Datenbank zu Ihrer Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten, einschließlich auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelter Scorewerte, sofern wir unser berechtigtes Interesse glaubhaft dargelegt haben. Bei der Berechnung des Scorewertes werden u. a. auch Anschriftendaten genutzt.

Weitere Auskünfte hierzu erhalten Sie im Internet unter www.rhion.digital/datenschutz.

Ferner kann es sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden übermitteln. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können im Internet unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 b) und 1 f) DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 f) DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder Dritter erforderlich ist und nicht Ihre Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten, die den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden.

Gerne übermitteln wir Ihnen die Informationen zu den jeweiligen Auskunfteien auf Anfrage auch postalisch.

I.11 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 oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den bei Ziffer I.2 genannten Kontaktinformationen anfordern.

I.12 Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, die wir bei der Antragsstellung erfragen, sowie aufgrund ggf. von Dritten hierzu übermittelter Informationen entscheiden wir in einigen Sparten vollautomatisiert, also computergestützt nach bestimmten Regeln und ohne menschlichen Einfluss bzw. ohne Prüfung durch Mitarbeitende etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Versicherungsbeitrags.

Diese Entscheidungen beruhen auf zuvor von uns festgelegten Regeln und Methoden zur Gewichtung der Informationen. Diese richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen.

Sofern eine solche Entscheidung für Sie negative Rechtsfolgen oder eine vergleichbar erhebliche Beeinträchtigung zur Folge hat und Sie mit ihr nicht einverstanden sind, haben Sie die Möglichkeit, diese bei uns zu beanstanden und Ihren Standpunkt darzulegen. In diesem Fall wird die Entscheidung von unseren Mitarbeitenden überprüft.

I.13 Weiterer Personenkreis

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/bezugsberechtigte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.), geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.

II. Information über den Datenaustausch mit der Besurance HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO

II.1 Vorbemerkung

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass es notwendig werden kann, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die Besurance HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage).

II.2 Zwecke der Datenverarbeitung der Besurance HIS GmbH

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

Die Besurance HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im HIS Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können und übermittelt diese ggf. an anfragende Versicherungsunternehmen. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-

Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie unter: www.besurance-his.de.

II.3 Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

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

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

II.4 Herkunft der Daten der Besurance HIS GmbH

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

II.5 Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage werden von der Besurance HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung, über die Sie gegebenenfalls von dem Versicherungsunternehmen gesondert informiert werden, speichert die Besurance HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Kfz können dies z. B. Informationen zu Fahrzeugen sein wie Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

II.6 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

II.7 Dauer der Datenspeicherung

Die Besurance HIS GmbH speichert Informationen über Personen gemäß Artikel 17 Absatz 1 a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.

Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:
Direkt personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen zehn Jahre.

II.8 Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Artikel 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der Besurance HIS GmbH unter der in Ziffer II.9 genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die Besurance HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Artikel 21 Absatz 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der nachfolgend genannten Adresse (siehe Ziffer II.9) widersprochen werden.

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

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

Wenn Sie eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der Besurance HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch über das Internet unter: www.besurance-HIS.de/selbstauskunft bei der Besurance HIS GmbH beantragen.

II.9 Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

Besurance HIS GmbH
Daimlerring 4
65205 Wiesbaden

info@besurance-his.de

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

RheinLand
VERSICHERUNGSGRUPPE

Dienstleisterliste

Liste der Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten – von den nachfolgend genannten Konzerngesellschaften erhalten, mit Angabe des jeweiligen Verarbeitungszwecks

Stand 15.04.2026

I. Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

(1) RheinLand Versicherungs AG (2) Rhion Versicherung AG (3) Credit Life AG

II. Empfänger, die personenbezogene Daten als Auftragsverarbeiter oder in eigener Verantwortung erhalten

a) in Einzelnennung

Daten übertragende Stelle gemäß Ziffer I	Empfänger	Hauptgegenstand der Verarbeitung durch den Empfänger	Gesundheits-daten
(1), (2), (3)	GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
(1), (2), (3)	APRIL Deutschland AG	Antragsbearbeitung	nein
(1), (2)	PropertyExpert GmbH	Schaden- und Leistungsbearbeitung	nein
(1), (2)	ControlExpert GmbH	Schaden- und Leistungsbearbeitung	nein
(1), (2)	Europ Assistance SA, Ndlg. für Deutschland	Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(1), (2)	ROLAND Assistance GmbH	Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(1)	IMA Deutschland GmbH	Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(1)	DOMCURA AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
(1), (3)	Credit Life & DEVK Vermittlungs GmbH	Antrags-, Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(1), (3)	IMB Consult GmbH	medizinische Begutachtung	ja
(1), (2)	Verisk Med GmbH	Bearbeitung und Aufbereitung medizinischer Belege	ja
(1), (2), (3)	Generali Deutschland Services GmbH	Druck und Versand	ja
(1), (2)	RH Digital Company GmbH	Antrags-, Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(1)	rh.connect GmbH	Antrags-, Schaden- und Leistungsbearbeitung	ja
(3)	Proventem GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
(3)	IDnow GmbH	Identifizierung nach GWG, elektronische Signatur	ja
(1), (2), (3)	SCHUFA Holding AG	Identifizierung nach GWG	nein

b) in Kategorien	Dienstleistung / Aufgabe	Hauptgegenstand der Verarbeitung	Gesundheits-daten
	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Aktenvernichtung	Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Assisteure, Rehadienste	Assistanceleistungen	ja
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Gutachter, Ärzte, Dolmetscher	Antrags-/Leistungsprüfung, medizin. Untersuchungen	teilweise ja
	Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
	IT-Dienstleistungen	Bereitstellung/Wartung von Systemen/Anwendungen	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Marketingagenturen/Provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	(Mit-)Versicherer	(Mit-)Übernahme von Versicherungsrisiken	teilweise ja
	Rechtsanwälte	Anwaltliche Dienstleistungen	teilweise ja
	Rückversicherer	Monitoring	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen	Recherchen, Auskünfte	nein