

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen:
WWK Allgemeine Versicherung AG
Deutschland

Produkt:
WWK Unfallversicherung lifeconcept
AUB 2012

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Unfallversicherung an. 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 bei vertragsgemäßer Vereinbarung insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen).
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen.
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen.
- ✓ Unfalltagegeld bei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.
- ✓ Todesfallleistung bei Tod durch ein Unfallereignis.
- ✓ Kapitalleistungen für bestimmte schwere Erkrankungen bei Kindern.

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe, Grundpflege).
- ✓ Beratung zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.
- ✓ Beratung bei Pflegebedürftigkeit
- ✓ Pflegeplatzgarantie.

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall).
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung).
- ✗ Durch Krieg oder Bürgerkriegereignisse verursachte Unfälle.
- ✗ Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Eingeschränkt versichert bzw. vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum.
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat.
- ! Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe.
- ! Bandscheibenschäden.
- ! 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?

- 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?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



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.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit die WWK Ihnen Versicherungsschutz anbieten kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die WWK kein Rücktrittsrecht, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht der WWK entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der WWK der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Kann die WWK nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die WWK den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht der WWK ist ausgeschlossen, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die WWK nicht zurücktreten oder kündigen, weil die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der

nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der WWK Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend .Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt die WWK die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird die WWK Sie in dieser Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Die WWK kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die WWK von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von der WWK geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte hat die WWK die Umstände anzugeben, auf die sie die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die WWK nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die WWK kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn die WWK den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Wenn falsche oder unvollständige Angaben von Ihnen oder der versicherten Person nicht schuldhaft gemacht wurden, verzichtet die WWK auf die Vertragsanpassung oder Kündigung.

Die Rechte der WWK zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der WWK 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.

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Identität des Versicherers	WWK Allgemeine Versicherung AG Marsstr. 37, 80292 München Sitz München, Registergericht München HR B 5553 Telefon (0 89) 51 14-0 E-Mail: info@wwk.de	
	• Fax (0 89) 51 14-23 37 • Internet: www.wwk.de	
	Die WWK hat in keinem Mitgliedsstaat der Europäischen Union eine Niederlassung.	
Anschrift des Versicherers	WWK Allgemeine Versicherung AG Marsstr. 37, 80292 München Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv.V.), Dirk Fassott, Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Peter Reiff	
Hauptgeschäftstätigkeit	Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt- und Sachversicherung	
Anschrift der Aufsichtsbehörde	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht Bereich Versicherungen Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn	
Vertriebspartner im Außendienst		
Umsatzsteuer	Unsere Steuernummer für die Umsatzsteuer: DE129274155	
Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Diesem Vertrag liegen die „Allgemeinen Unfallversicherungs- Bedingungen“ (AUB) zugrunde. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.	
Versicherungsumfang	Versicherungsgegenstand ist der Unfall. Ein Unfall setzt voraus, dass die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Wobei auch als Unfall gilt, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn der Tod durch - eindringen von Flüssigkeiten in die Atemwege von außen (Ertrinken), - Exogenes Abschneiden der Sauerstoffzufuhr (Ersticken), - Absinken der Körpertemperatur (Erfrieren) nach vorausgegangenem Unfallereignis verursacht wird. Mitversichert sind unter anderem auch unfreiwillige Vergiftungen (auch allergische Reaktionen) durch Insektenstiche. Den genauen Versicherungsumfang entnehmen Sie bitte den beigefügten Versicherungsbedingungen.	
Beitrag gemäß Zahlungsweise	Prämie inklusive Versicherungssteuer gemäß Zahlungsweise _____ EUR Zahlungsweise <input checked="" type="checkbox"/> monatlich Ihr Versicherungsbeitrag ist zu Vertragsbeginn fällig und jeweils für das laufende Versicherungsjahr im Voraus zu zahlen. Gerne räumen wir Ihnen eine Teilzahlungsmöglichkeit ein. Nachdem in diesem Fall jedoch höhere Kosten für die Verwaltung Ihres Vertrages entstehen, werden dem ermittelten Jahresbeitrag Zuschlagssätze hinzugerechnet Erstmals zum Versicherungsbeginn am _____ Vertragsablauf _____ Denken Sie bitte daran, dass Sie die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen haben. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon selbstverständlich unberührt. Bei verspäteter Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten. Die Fälligkeiten der weiteren Prämien richten sich nach dem von Ihnen gewählten Versicherungsbeginn und der Zahlungsweise der Versicherung. Zahlen Sie eine der weiteren Prämien nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichend Deckung auf Ihrem Konto. Bitte beachten Sie, dass sich die Prämie während der Laufzeit ändern kann. Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag sowie den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) zu Ihrem Vertrag.	

Befristung	An die genannten Konditionen halten wir uns drei Tage gebunden. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag vier Wochen ab Antragsunterschrift gebunden.
Beginn des Versicherungsschutzes	Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Antrag und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unter bestimmten Voraussetzungen unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung. Der Versicherungsschutz der Kapitaleistung bei Eintritt schwerer Erkrankung beginnt bei bestimmten Krankheiten 3 Monate nach Vertragsbeginn. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den für Ihren Vertrag geltenden Bedingungen. Der Vertrag kommt zustande mit der Zusendung des Versicherungsscheins.
Widerrufsrecht	Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: WWK Allgemeine Versicherung, Marsstr. 37, 80335 München oder per Fax: (0 89) 51 14-23 37 oder per E-Mail: info@wwk.de Widerrufsfolgen Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags der laufenden Versicherungsperiode, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einhalten; dabei handelt es sich um den entsprechenden Anteil des im Versicherungsschein/im Nachtrag/in der Beitragsrechnung genannten Jahresbeitrags; berechnet nach folgender Formel: Jahresbeitrag: 360 x Anzahl der Tage bis zum Eingang des Widerrufs bei uns. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden. Besondere Hinweise Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Ende der Widerrufsbelehrung
Beendigung des Vertrags	Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie den Vertrag nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Der Versicherungsschutz der Kapitaleistung bei Eintritt schwerer Erkrankung erlischt mit Datum der Diagnosestellung zu einer der mitversicherten Krankheiten. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB).
Anwendbares Recht	Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
Sprache	Die Vertragsbedingungen und weitere Informationen werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Während der Laufzeit des Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen in deutscher Sprache.
Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle	Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbelegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbelegungsverfahren in Anspruch nehmen. Sie können Ihre Anfragen richten an: Versicherungsombudsmann e. V. Postfach 08 06 32 10006 Berlin www.versicherungsombudsmann.de Wir nehmen an Streitbelegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teil. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
Beschwerdestelle	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht Bereich Versicherungen Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn

Vorbemerkung	Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherten-gemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.
Einwilligungs- erklärung	Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.
Schweigepflicht- entbindungs- erklärung	Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflicht-entbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.
1. Datenspeicher- ung bei Ihrem Versicherer	Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vertragspartners im Außendienst, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).
2. Datenübermitt- lung an Rückversicherer	Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.
3. Datenübermittlung an andere Versicherer	Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, evtl. Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.
4. Zentrale Hinweissysteme	Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der privaten Krankenversicherer e.V. zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele: Kfz-Versicherung – Registrierung von auffälligen Schadensfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

Lebensversicherung

- Aufnahme von Sonderrisiken z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen
 - auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers
- Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen erforderlicher Beitragszuschläge

Zweck: Risikoprüfung

Sachversicherung

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Verhinderung weiteren Missbrauchs

Unfallversicherung

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen
- Außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch

Haftpflichtversicherung

- Registrierung von auffälligen Schadensfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, IBAN und BIC, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, IBAN, BIC, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

WWK Lebensversicherung a. G., München
WWK Allgemeine Versicherung AG, München
WWK Vermögensverwaltungs und Dienstleistungs GmbH, München
WWK Investment S.A., Luxemburg
WWK Pensionsfonds AG, München

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vertragspartner im Außendienst zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:

- | | |
|---|---|
| - Aachener Bausparkasse AG, Aachen | - Flossbach von Storch Invest S.A. |
| - ACMBernstein Investments, Luxemburg | - Franklin Templeton Investment Funds SICAV, Kronberg |
| - ADIG Fondsvertrieb, Allianz Global Investors GmbH | - GAM Luxembourg S.A., Luxembourg |
| - Allianz Global Investors GmbH, Frankfurt | - Generali Versicherungen, München |
| - Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse, Stuttgart | - Hauck & Aufhäuser Fund Services S.A. |
| - Allianz Private Krankenversicherung, München | - Internationales Immobilieninstitut, München |
| - Allianz Versicherungen, München | - INVESCO Management S.A. |
| - Ampega Investment GmbH | - J.P. Morgan Asset Management (Europe) S.a r.l., Frankfurt am Main |
| - Amundi Luxembourg S.A. | - KRAVAG Allgemeine, Hamburg |
| - ARAG Allgemeine, Düsseldorf | - LOYS Investment S.A. |
| - ARAG Krankenversicherung, Düsseldorf | - Mediolanum International Funds Limited |
| - ARAG Rechtsschutz, Düsseldorf | - M & G International Investments Ltd. |
| - Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal | - M & G Luxembourg S.A. |
| - BlackRock (Luxemburg) S.A., Luxemburg | - M & G Securitit Limited |
| - Carmignac Gestion SA, Luxemburg | - Morgan Stanley SICAV, Luxemburg |
| - Comgest SA | - Münchner Kapitalanlage AG, München |
| - DBV Krankenversicherung AG, Offenbach | - Nordea Investment Funds S.A., Luxemburg |
| - Deka Vermögensmanagement GmbH | - ODDO BHF Asset Management GmbH |
| - DJE Investment S.A. | - Pictet Asset Management (Europe) SA |
| | - RREEF Investment GmbH, Eschborn |
| | - Sarasin Investmentfonds SICAV, Basel |
-

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – DWS Investment GmbH, Frankfurt am Main – Deutsche Asset Management S.A. – Elvia Reiseversicherung, München – ETHENEA Independent Investors S.A. – Fidelity Investment Services GmbH, Kronberg | <ul style="list-style-type: none"> – Schroder Investment Management SA, Luxemburg – Swiss & Global Asset Management SA, Luxemburg Universal-Investment-Gesellschaft mbH, Frankfurt am Main/Warburg – Invest Kapitalanlagegesellschaft mbH, Frankfurt am Main – Württembergische Versicherung, Stuttgart – Württembergische Krankenversicherung, Stuttgart |
|---|--|

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Vertragspartner im Außendienst

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vertragspartner im Außendienst betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vertragspartner im Außendienst in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertragspartner im Außendienst zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertragspartner im Außendienst auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vertragspartner im Außendienst verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertragspartner im Außendienst ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vertragspartner im Außendienst wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung) regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen evtl. weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Datenschutzhinweise

NEUES DATENSCHUTZRECHT FÜR DIE EUROPÄISCHE UNION

Liebe Kundin, lieber Kunde,

wir möchten Sie und ggf. andere Personen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten der unter „Verantwortlicher für die Datenverarbeitung“ angegebenen Gesellschaften der WWK Gruppe (WWK Versicherungen) und die Ihnen nach dem Datenschutz zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

WWK Lebensversicherung a.G.

WWK Allgemeine Versicherung AG

WWK Pensionsfonds AG

WWK Unterstützungskasse e.V.

Marsstraße 37

80335 München

Telefon: +49 89 5114 0

Fax: +49 89 5114 2337

Unsere gemeinsamen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@wwk.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes-Neu (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben sich die WWK Versicherungen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)“ verpflichtet, welche die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

WIR NUTZEN IHRE DATEN ZUR ERFÜLLUNG VON VERTRAGLICHEN PFLICHTEN

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 Beispiel zu Ihrem Gesundheitszustand, benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist. Als Rechtsgrundlage hierfür dient Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

WIR NUTZEN IHRE DATEN ZUR WAHRUNG VON BERECHTIGTEM INTERESSE

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigtes Interesse von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein zur Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche, zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken oder zur Ermittlung von aktuellen Adressen. Die Interessenabwägung wird geregelt in Art. 6 Abs. 1 f DSGVO.

WIR NUTZEN IHRE DATEN IM RAHMEN IHRER EINWILLIGUNG

Liegt uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten vor, kann diese, soweit erforderlich, in dem vereinbarten Umfang genutzt werden.

Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten z.B. Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2 a i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen vor dem Widerruf sind davon nicht betroffen.

WIR NUTZEN IHRE DATEN AUFGRUND GESETZLICHER VORGABEN

Dazu gehören zum Beispiel aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungs- sowie Beratungs- bzw. Nachweispflichten unsererseits Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

Bitte beachten Sie, dass der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich ist.

Herkunft der Daten

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistungen erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von für Sie zuständigen Vermittlern/Beratern/Partnern oder sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunftei) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten. Weiterhin verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

RÜCKVERSICHERER:

Um die Erfüllung von Ansprüchen absichern zu können, schalten wir Rückversicherungen ein. Es ist deshalb möglich, dass wir Ihre Vertrags- und Leistungsdaten weitergeben, damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann.

VERMITTLER:

Unser Unternehmen übermittelt Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Das sind Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigt werden. Setzt der Sie betreuende Vermittler Untervermittler oder auch eine Maklerservice-Gesellschaft (Maklerpool) für die Betreuung und Beratung ein, werden Ihre personenbezogenen Daten auch an diese Stelle übermittelt.

DATENVERARBEITUNG IN DEN WWK VERSICHERUNGEN UND DEN DAMIT VERBUNDENEN UNTERNEHMEN:

Einzelne Unternehmen der WWK Versicherungen nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben auch für die anderen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen der WWK Versicherungen besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso, zur Provisionsbearbeitung oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein WWK Unternehmen verarbeitet werden.

EXTERNE DIENSTLEISTER UND EMPFÄNGER:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer, Dienstleister und Empfänger, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version der Übersicht im Internet entnehmen, zu finden unter <https://www.wwk.de/datenschutz/>.

WEITERE EMPFÄNGER:

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

Datenaustausch mit einem früheren Versicherer

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls kann es nötig sein, Ihre Angaben zu überprüfen und zu ergänzen. Hierfür kann im erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

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. Diesbezügliche Speicherfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Als Betroffener haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und die Einschränkung der Verarbeitung zu.

Beschwerderecht

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27 (Schloss)
91522 Ansbach

Widerspruchsrecht

Erfolgt die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Interessenabwägung können Sie gegen diese Verarbeitung Widerspruch einlegen. Grundsätzlich werden Ihre Daten dann nicht mehr verarbeitet, es sei denn, es liegen zwingende schutzwürdige Gründe vor.

Einer Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung können Sie widersprechen. Eine Verarbeitung erfolgt dann nicht mehr.

Bonitätsauskünfte/Scoring

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Beim Scoring wird die Wahrscheinlichkeit berechnet, mit der ein Kunde seinen Zahlungsverpflichtungen vertragsgemäß nachkommen kann. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Dienstleisterliste, zu finden unter <https://www.wwk.de/datenschutz/>.

Datenübermittlung in ein Drittland

Wir übermitteln derzeit keine personenbezogenen Daten an Dienstleister, die ihren Sitz außerhalb der Europäischen Union haben. Ansonsten 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.

Automatische Einzelfallentscheidungen

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir eine teilweise automatisierte Entscheidungsfindung. Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012)

(Stand: 01.06.2020)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1. Invaliditätsleistung
 - 2.2. Tagegeld
 - 2.3. Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld
 - 2.4. Unfallrente
 - 2.5. Todesfallleistung
 - 2.6. Kapitaleistung bei schweren Erkrankungen
 - 2.7. Service Plus
3. Welche Leistungsarten gelten automatisch mitversichert?
 - 3.1. Bergungskosten
 - 3.2. Kosten für kosmetische Operationen
 - 3.3. Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers
 - 3.4. Rooming in
4. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Altersgruppentarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
 - Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
 - Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?
18. Sanktionsklausel
19. Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

Übersicht über die Besondere Bedingungen und Zusatzvereinbarungen

Für das Komfort- und Premiumpaket

- BB 2012-01 Mitversicherung einer Übergangsleistung mit Sofortleistung
- BB 2012-02 Mitversicherung der Kosten für prothetische Zahnbehandlung und Zahnersatz
- BB 2012-03 Mitversicherung von Vergiftungen
- BB 2012-04 Mitversicherung von Blutvergiftung
- BB 2012-05 Mitversicherung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
- BB 2012-06 Erhöhung des Mitwirkungsanteils bei Vorerkrankungen
- BB 2012-07 Mitversicherung von Schmerzensgeld bei Knochenbruch
- BB 2012-08 Mitversicherung der Kapitalleistung bei Oberschenkelhalsbruch
- BB 2012-09 Übernahme der ärztlichen Gebühren
- BB 2012-10 Mitversicherung von Druckkammerkosten
- BB 2012-11 Erhöhung der Todesfalleistung bei Organtransplantationen
- BB 2012-12 Mitversicherung von Neugeborenen

Für das Premiumpaket

- BB 2012-13 Mitversicherung des ambulanten Unfall-Tagegeldes
- BB 2012-14 Mitversicherung des verbesserten Krankenhaustagegeldes mit verbessertem Genesungsgeld
- BB 2012-15 Mitversicherung des verbesserten Rooming in
- BB 2012-16 Mitversicherung der einmaligen Nothilfe
- BB 2012-17 Mitversicherung von Schmerzensgeld nach HWS-Disortion
- BB 2012-18 Mitversicherung einer Kur- und Rehaeihilfe
- BB 2012-19 Mitversicherung von Vergiftungen durch Überdosierung ärztlich verordneter Medikamente
- BB 2012-20 Mitversicherung der Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel
- BB 2012-21 Mitversicherung der progressiven Rentenleistung
- BB 2012-22 Verdoppelung der Rentenleistung
- BB 2012-23 Mitversicherung der Todesfalleistung bei Verschollenheit

Progressive Invaliditätsstaffel

- Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 %
- Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 350 %
- Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 600 %

Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe inklusive Berufsunfähigkeitsschutz (BB vG BU)

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Kapitalleistung bei Eintritt schwerer Erkrankungen (ZB schwErk 2010)

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von ServicePlus (ZB SP AUB2010)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
- 1.1. Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3.1. Wir berufen uns nicht auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit, wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.
- 1.3.2. Mitversichert sind auch
- 1.3.2.1. Innere Unruhen
Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
- 1.3.2.2. Unfreiwillige Vergiftungen
als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.
- 1.4. Als Unfall gilt auch
- 1.4.1. erhöhte Kraftanstrengungen wenn dadurch an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.4.2. tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
- 1.4.3. das unfreiwillige Ertrinken, Ersticken der versicherten Person unter Wasser
- 1.4.4. unfreiwillig erlittener Wärme-, Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug
Das gilt nicht, wenn der Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
- 1.5. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.
Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.
- 2.1. **Invaliditätsleistung**
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
- 2.1.1. Voraussetzungen für die Leistung
- 2.1.1.1. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2. Berechnung der Leistung
- 2.1.2.1. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.1.1. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade
- | | |
|--|------|
| Arm | 70 % |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 % |
| Hand | 55 % |
| Daumen | 20 % |
| Zeigefinger | 10 % |
| anderer Finger | 5 % |
| Bein über der Mitte des Oberschenkels | 70 % |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 60 % |
| Bein bis unterhalb des Knies | 50 % |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 45 % |
| Fuß | 40 % |
| große Zehe | 5 % |
| Andere Zehe | 2 % |
| Auge | 50 % |
| Gehör auf einem Ohr | 30 % |
| Geruchssinn | 10 % |
| Geschmackssinn | 5 % |
- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 2.1.2.1.2. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.1.3. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.1.1 und Ziffer 2.1.2.1.2 zu bemessen.
- 2.1.2.1.4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.2.2. Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres

- nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall
- und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 2.1.3. Sofern dies im Versicherungsschein gesondert ausgewiesen ist, werden der Entschädigungsberechnung die im Anhang aufgeführten „Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe und Berufsunfähigkeitsschutz (BB eG BU)“ zugrunde gelegt.
- 2.1.4. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.2. **Tagegeld**
- 2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.
- 2.2.2. Höhe und Dauer der Leistung
- Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
- Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- 2.3. **Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld**
- 2.3.1. Krankenhaustagegeld
- 2.3.1.1. Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
- Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- Der Anspruch auf die Leistung entfällt jedoch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischte Institute).
- 2.3.1.2. Höhe und Dauer der Leistung
- Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.3.2. Genesungsgeld
- 2.3.2.1. Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3.1.
- 2.3.2.2. Höhe und Dauer der Leistung
- Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.
- | | | | | |
|---------|-----|-----|----------|-------|
| für den | 1. | bis | 10. Tag | 100 % |
| für den | 11. | bis | 20. Tag | 50 % |
| für den | 21. | bis | 100. Tag | 25 % |
- des Krankenhaustagegeldes.

- 2.4. **UnfallRente**
- 2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung
- Die Voraussetzungen für eine UnfallRente sind nach Ziffer 2.1.1 AUB gegeben. Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.
- Gesondert vereinbarte (verbesserte) Gliedertaxen (Ziffer 2.1.3) bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades für die Leistungsart UnfallRente unberücksichtigt.
- Kein Anspruch auf Leistung einer UnfallRente besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.4.2. Höhe der Leistung
- Die UnfallRente zahlen wir unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- Gesondert vereinbarte progressive Invaliditätsstufen (Progressionen) bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- 2.4.3. Beginn und Dauer der Leistung
- Die UnfallRente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus.
- Die UnfallRente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder,
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.
- Zur Prüfung der Voraussetzung für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 2.4.4. Garantierte Rentenleistungen an Hinterbliebene
- Stirbt die versicherte Person und war bereits ein Anspruch auf UnfallRenteleistung nach Ziffer 2.4.1 entstanden, zahlen wir die zum Zeitpunkt des Todes zu berechnende monatliche UnfallRente für eine Dauer von fünf Jahren an die bezugsberechtigte Person, die dem Versicherer benannt wurde oder an die gesetzlichen Erben erster Ordnung und Ehegatten.
- Die Hinterbliebenenrente wird erstmals am 01. des auf den Todestag der versicherten Person folgenden Monats bezahlt. Die Leistung endet mit Zahlung der 60. Monatsrente oder mit dem Tod der bezugsberechtigten Person oder der vorbenannten Erben.
- 2.5. **Todesfalleistung**
- 2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, gestorben.
- Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.
- 2.5.2. Höhe der Leistung
- Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.6. **Kapitalleistung bei schweren Erkrankungen**
- Die Vertragsbestimmungen für die Kapitalleistungen bei schweren Erkrankungen sind in den „Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Kapitalleistung bei Eintritt schwerer Erkrankungen (ZB schwErk)“, welche Sie im Anhang zu diesen Vertragsbedingungen finden, geregelt.

- 2.7. **ServicePlus**
Die Bestimmungen für Leistungen aus dem Vertragsbaustein Service Plus sind in den „Zusatzbedingungen Service Plus“ (ZB SP)“, welche Sie im Anhang zu diesen Vertragsbedingungen finden, geregelt.
3. Welche Leistungen gelten automatisch mitversichert?
Vorausgesetzt, dass eine Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1 vereinbart wurde, gelten folgende Leistungen automatisch mitversichert:
- 3.1. **Bergungskosten**
Art der Leistung
Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für
- 3.1.1. Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 3.1.2. den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- 3.1.3. den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 3.1.4. die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei unfallbedingtem Todesfall.
Höhe der Leistung
- 3.1.5. Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein festgelegten Höchstbetrag begrenzt.
- 3.1.6. Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 3.1.7. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung nach Ziffer 8 (Dynamik) nicht teil.
- 3.2. **Kosmetische Operationen**
Voraussetzungen für die Leistung
- 3.2.1. Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 3.2.2. Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 3.2.3. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
Art und Höhe der Leistung
- 3.2.4. Wir leisten Ersatz bis zur Höhe des im Versicherungsschein angegebenen Betrages für nachgewiesene
- Arzthonorare;
 - sonstige Kosten der kosmetischen Operation;
 - notwendige Kosten der Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnbehandlung und Zahnersatz, soweit die natürlichen Schneide- oder Eckzähne durch den Unfall betroffen sind.
- 3.2.5. Soweit noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten hat, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der
- andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 3.3. **Beitragsfortzahlung bei Tod des VN**
Für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt folgendes:
Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer und
- hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet,
 - ist die Versicherung nicht gekündigt und
 - wurde der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht,
- wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
Vorausgesetzt, dass ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld gemäß Ziffer 2.3 vereinbart wurde, gilt folgende Leistung automatisch mitversichert
- 3.4. **Rooming in**
Für versicherte Personen, die im Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die notwendigen Übernachtungskosten des Versicherungsnehmers oder einer von ihm bestimmten Person, die bei Betreuung des stationär behandelten versicherten Kindes anfallen, für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die für das versicherte Kind Anspruch auf Krankenhaustagegeld-Leistung besteht, höchstens jedoch in Höhe des versicherten täglichen Krankenhaustagegeldes.
4. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung
- entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 % unterbleibt jedoch die Minderung.
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5.1. **Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:**
- 5.1.1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen beruhen, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch
- ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
 - Herzinfarkt oder Schlaganfall – ausgeschlossen bleiben jedoch die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst –
 - Trunkenheit – beim Lenken von Kraftfahrzeugen

- jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille liegt -
- die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht waren.
- 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.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des sieben Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand.
- 5.1.4. Unfälle der versicherten Person
- bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen;
 - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit.
- 5.1.5. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2. **Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:**
- 5.2.1. Schäden an Bandscheiben und Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Bandscheibenschäden, Bauch- und Unterleibsbrüche sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2. Unfälle durch Strahlen und Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- Es besteht jedoch insoweit Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- und Maser- sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 darstellen.
- Ausgeschlossen bleiben radioaktive Strahlen sowie Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen (Berufskrankheiten).
- 5.2.3. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- Ebenfalls mitversichert gelten Gesundheitsschädigungen, welche durch ordnungsgemäße Durchführung ei-
- ner Schutzimpfung bzw. die orale Einnahme von Substanzen zur Infektionsprophylaxe in ärztlich verordnetem Umfang entstehen.
- 5.2.4. Infektionen
- 5.2.4.1. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 5.2.4.2. Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf
 - Blutvergiftungen (Sepsis)
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine versicherte Unfallverletzung in den Körper gelangten
 - Gesundheitsschädigungen, als Folge einer durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME).
- 5.2.4.3. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht wurden, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Altersgruppentarif und/oder bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
- 6.1. **Umstellung des Altersgruppentarifs**
- 6.1.1. Ihrer Unfallversicherung liegt ein Altersgruppentarif mit folgender Altersgruppenstaffelung zugrunde:
- Altersgruppe 1: 0 bis Vollendung des 18. Lebensjahres
- Altersgruppe 2: 19 bis Vollendung des 75. Lebensjahres
- Altersgruppe 3: ab 75. Lebensjahr
- 6.1.2. Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. (Altersgrenze der Altersgruppe 1) bzw. das 75. Lebensjahr (Altersgrenze der Altersgruppe 2) vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen.
- 6.1.3. Zu der auf diesen Zeitpunkt folgenden Hauptfälligkeit wird Ihr Vertrag auf die für die nächst höhere Altersgruppe gültigen Beitragssätzen und Leistungen umgestellt. Neben einer Veränderung der Beiträge beim Wechsel der Altersgruppen, welche im Zuge der veränderten Risikosituation erforderlich werden, ergeben sich für Ihren Vertrag je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes auch Veränderungen in den Leistungsmerkmalen. Auf diesbezügliche Auswirkungen weisen wir in den jeweiligen Bestimmungen der vereinbarten Vertragsbedingungen gesondert hin.
- 6.1.4. Sie werden rechtzeitig von uns auf die Altersgruppenanpassung hingewiesen. Für die Umstellung haben Sie folgende Wahlmöglichkeiten:
- 6.1.4.1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssumme entsprechend;
- 6.1.4.2. Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und

wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

- 6.1.5. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der Wahlmöglichkeit 6.1.4.1 fort.

6.2. **Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

- 6.2.1. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person (freiwilligen Wehr-, Bundesfreiwilligendienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter) müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, weil die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags maßgeblich von diesen Umständen abhängt.
- 6.2.2. Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem bei Abschluss des Vertrages vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
- 6.2.3. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 7.1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
- 7.4. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungs-

schutz 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

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

- bei Invalidität bis zu 1 ‰ der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung verlangt werden, soweit keine akute Lebensgefahr mehr besteht und eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 ärztlich festgestellt und geltend gemacht wurde. Die Höhe der Vorschussleistung richtet sich nach dem nach ärztlicher Einschätzung mindestens zu erwartenden Invaliditätsgrad, beträgt höchstens jedoch 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundversicherungssumme.

- 9.4. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre, jedoch nicht über das 18. Lebensjahr hinaus. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1

- von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

- 9.5. Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?
- 10.1. **Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.
- 10.2. **Dauer und Ende des Vertrages**
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgenannten Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zugegangen sein.
- 10.3. **Kündigung nach Versicherungsfall**
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum
Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 10.4. **Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 11.1. **Beitrag und Versicherungssteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2. **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**
- 11.2.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich

nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

- 11.2.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3. Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3. **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 11.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2. Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3. Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung im Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4. Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung im Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4. **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren**
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch

dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5. **Teilung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate im Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6. **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1. **Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände**

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung all Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2. **Rücktritt**

13.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versi-

cherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

13.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihrer Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3. **Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**

13.3.1. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

13.3.2. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie

die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung 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 fristlos in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

13.4. **Anfechtung**

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht und der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

14.2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15. Welches Gericht ist zuständig?

15.1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

16.1. Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

16.2. Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Sanktionsklausel

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

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

19. Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen.

Sie können Ihre Anfragen richten an:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Wir nehmen an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teil.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Besondere Bedingungen

Zur Unfallversicherung gelten ferner – paketabhängig – folgende Besondere Bedingungen

Für das **Komfort-** und **PremiumPaket**:

BB 2012-01

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Übergangsleistung mit Sofortleistung

1. Voraussetzungen für die Leistungen
- 1.1. Übergangsleistung
- 1.1.1. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt
 - nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.
- 1.1.2. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden und ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend gemacht worden.
- 1.2. Sofortleistung
- 1.2.1. Die versicherte Person erleidet infolge eines Unfalles eine der folgenden schweren Verletzungen
 - a) Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
 - b) Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
 - c) Schädelhirnverletzung mit einer zweifelsfrei nachgewiesenen Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung
 - d) schwere Mehrfachverletzung, entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßenabschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
 - e) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - f) Erblindung auf beiden Augenoder
- g) eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ
- 1.2.2. Der Anspruch auf die Leistung erlischt, wenn die versicherte Person innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt.
- 1.2.3. Das Vorliegen einer unfallbedingten schweren Verletzung müssen Sie durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachweisen.
- 1.2.4. Sobald uns dieser Nachweis zugegangen ist, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Bestimmungen der Ziffer 9 gelten uneingeschränkt.
- 1.3. Art und Höhe der Leistung
Der für die Übergangsleistung bzw. die Sofortleistung festgelegte Betrag – siehe Versicherungsschein – wird je Versicherungsfall nur einmal gezahlt.

BB 2012-02

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für prothetische Zahnbehandlung und Zahnersatz

Prothetische Zahnbehandlung und Zahnersatz

Wir leisten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für notwendige Kosten prothetischer Zahnbehandlung, die durch einen Heil- und Kostenplan nachgewiesen werden muss.

Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung prothetische Zahnbehandlungen, ersetzen wir die hierdurch entstehenden Kosten für

- Honorare von Ärzten, Zahnärzten und Kieferorthopäden;
- Kosten von Dentallaboren;

Weiterhin fallen unter den Versicherungsschutz Kosten für die Reparatur oder den Ersatz von Zahnprothesen, die durch einen Unfall im Sinne dieser Vertragsbestimmungen zerstört, beschädigt oder abhandengekommen sind.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

BB 2012-03

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vergiftungen

In Abänderung von Ziff. 5.2.5. dieser Bedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf unfreiwillige Vergiftungen durch Lebensmittel. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen sowie zur Herbeiführung von bestimmten Bewusstseinszuständen eingenommene Pflanzen, deren Bestandteile oder Samen.

Ergänzend zu Ziffer 1.3. dieser Bedingungen gelten auch Vergiftungen durch Insektenstiche (auch allergische Reaktionen) als Unfall im Sinne dieser Bedingungen. Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten.

BB 2012-04

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Blutvergiftung

Ergänzend zu Ziff. 5.2.4.2 besteht Versicherungsschutz auch für Gesundheitsschäden durch Blutvergiftung (Sepsis), wenn die Erreger durch

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

in den Körper gelangen.

BB 2012-05

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Versicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer der Sozialversicherungspflicht in Deutschland unterliegt und vor Eintritt des Versicherungsfalles (Beginn der Arbeitslosigkeit) mindestens drei Jahre ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis stand. Für die Dauer der Arbeitslosigkeit stellt der Versicherer, längstens bis zu drei Jahre,

jedoch nicht über die Vollendung des 58. Lebensjahres hinaus, die Unfallversicherung beitragsfrei.

Voraussetzung für die Leistung:

Der Versicherungsnehmer ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit höchstens 55 Jahre alt. Der Eintritt der Arbeitslosigkeit wurde weder vorsätzlich noch grob fahrlässig herbeigeführt und die Arbeitslosigkeit ist frühestens 12 Monate nach Beginn der Versicherung eingetreten (Wartezeit). Die Kündigung erfolgte nicht durch den Versicherungsnehmer.

Die Beitragsbefreiung muss unverzüglich unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht werden. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang der benötigten Unterlagen folgt. Die Fortdauer der Arbeitslosigkeit muss uns jährlich - ab Beginn der Beitragsbefreiung gerechnet - unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachgewiesen werden. Erhalten wir diesen Nachweis nicht fristgerecht, ruht die Beitragsbefreiung ab dem Ersten des folgenden Monats.

Ein Ende der Arbeitslosigkeit muss unverzüglich mitgeteilt werden.

Wurde für den Vertrag eine Summenanpassung vereinbart, so tritt diese während der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit außer Kraft.

BB 2012-06

Besondere Bedingungen für die Erhöhung des Mitwirkungsanteils bei Vorerkrankungen

Abweichend von Ziffer 4. wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen mindestens 40 % beträgt.

Diese Regelung gilt nicht für die Leistungsart Unfallrente gemäß Ziffer 2.4. dieser Bedingungen.

BB 2012-07

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Schmerzensgeld bei Knochenbruch

1. Voraussetzungen für die Leistung

1. Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Knochenbrüchen, so entsteht der Anspruch auf Leistung aus der für Schmerzensgeld versicherten Summe.
2. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, so erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.
3. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

2. Art und Höhe der Leistung

4. Die Höhe der Leistung richtet sich nach der festgelegten versicherten Summe - unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages - und nach den in der folgenden Aufstellung festgesetzten Prozentsätze.

30 % der versicherten Summe werden geleistet für:

- Bruch einer Rippe bzw. Rippenserie
- Bruch des Brustbeines

50 % der versicherten Summe werden geleistet für:

- Bruch eines Armes
- Bruch einer Hand
- Bruch eines Beines
- Bruch eines Fußes
- Bruch des Beckens
- Bruch eines oder mehrerer Wirbel

100 % der versicherten Summe werden geleistet für:

- Bruch am Kopf, unter Ausschluss des Nasenbeines.

5. Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

BB 2012-08

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kapitalleistung bei Oberschenkelhalsbruch

1. Voraussetzungen der Leistung

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Bruch des Oberschenkelhalses (proximale Femurfraktur).

Zum Nachweis des Vorliegens eines Oberschenkelhalsbruchs sind dem Versicherer unverzüglich nach Stellung der ärztlichen Diagnose Unterlagen einzureichen, die eine Überprüfung der Diagnose ermöglichen, insbesondere ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens.

Der Versicherungsschutz beginnt 3 Monate nach dem vereinbarten Vertragsbeginn.

2. Art und Höhe der Leistung

Die vereinbarte Kapitalleistung bei Oberschenkelhalsbruch wird einmalig in Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages gezahlt. Ziffer 4 der AUB findet keine Anwendung.

Erleidet die versicherte Person einen Bruch des Oberschenkelhalses (proximale Femurfraktur), zahlt der Versicherer einmalig die für dieses Ereignis im Versicherungsschein vereinbarte Kapitalleistung. Ziffer 3. findet keine Anwendung.

Zum Nachweis des Vorliegens eines Oberschenkelhalsbruchs sind dem Versicherer unverzüglich nach Stellung der ärztlichen Diagnose Unterlagen einzureichen, die eine Überprüfung der Diagnose ermöglichen, insbesondere ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens.

Der Versicherungsschutz beginnt 3 Monate nach dem vereinbarten Vertragsbeginn.

BB 2012-09

Besondere Bedingungen für die Übernahme der ärztlichen Gebühren

Abweichend von Ziffer 9 übernehmen wir die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs aus den Leistungsarten Invalidität oder Unfallrente entstehen, in unbegrenzter Höhe.

BB 2012-10

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten

1. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat während eines Tauchvorganges eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, die eine Behandlung in einer Druckkammer notwendig macht.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Druckkammerkosten werden im Rahmen des für Bergungskosten gemäß Ziffer 3.1 zur Verfügung ste-

henden Betrages gezahlt –siehe Versicherungsschein.

BB 2012-11

Besondere Bedingungen für die Erhöhung der Todesfallleistung bei Organtransplantation

1. Voraussetzung der Leistung

Für die versicherte Person ist eine Todesfallleistung gemäß Ziffer 2.5 vereinbart.

Infolge eines Unfalles verstirbt die versicherte Person.

Zum Zwecke einer Transplantation im Sinne der Bestimmungen des Transplantationsgesetzes oder inhaltlich entsprechender ausländischer gesetzlicher Regelungen werden der versicherten Person eines oder mehrere der nachfolgend genannten Organe entnommen:

- Leber
- Herz
- Lungen
- Nieren
- Pankreas
- Magen
- Darm

2. Art und Höhe der Leistung

Die vereinbarte Todesfallleistung erhöht sich um den im Versicherungsschein ausgewiesenen Prozentsatz.

BB 2012 – 12

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Neugeborenen

Kinder der versicherten Person, die während der Wirksamkeit des Vertrages geboren werden, sind ab dem Tag der Geburt für die Dauer eines Jahres in Höhe von 50 % der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1 automatisch und ohne Mehrbeitrag mitversichert.

Für die Berechnung der Invaliditätsleistung für das versicherte Kind gelten die gegebenenfalls zugrunde liegenden „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel“ entsprechend.

Die Berechnung der Invaliditätsleistung für das versicherte Kind erfolgt im Rahmen der für die versicherte Person ggf. zugrundeliegenden „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel“ im dort genannten Leistungsumfang.

Für das **PremiumPaket**:

BB 2012-13

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des ambulanten Unfall-Tagegeldes

1. Voraussetzung für die Leistung

Für die versicherte Person ist ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

Die versicherte Person muss aufgrund eines Unfalles ambulant operiert werden und ist deswegen für mindestens 7 Tage, vom Tag der Operation an gerechnet, ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. falls sie nicht berufstätig ist, vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

2. Art und Höhe der Leistung

Das ambulante Unfall-Tagegeld wird für maximal 7 Tage in Höhe der Hälfte des vereinbarten Krankenhaus-

tagegeldes einschließlich Genesungsgeld gezahlt.

BB 2012-14

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des verbesserten Krankenhaustagegeldes mit verbessertem Genesungsgeld

1. Voraussetzungen für die Leistung

Für die versicherte Person ist ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld vereinbart. Der Anspruch auf Leistung des verbesserten Krankenhaustagegeldes mit Genesungsgeld entsteht, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person befindet sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung im Ausland. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- Die versicherte Person befindet sich infolge eines Unfalles bei der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels (Zug, Bus, Taxi, Flugzeug) in vollstationärer Heilbehandlung. Die Bestimmungen der Ziffer 2.3 gelten entsprechend.
- Wegen einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person ist die Versorgung oder Beaufsichtigung eines mit ihr im Haushalt lebenden pflegebedürftigen Familienangehörigen 1. Grades (Eltern und Kinder der versicherten Person), des Ehegatten oder Lebenspartners* nicht möglich; die Versorgung oder Beaufsichtigung kann nicht durch andere im Haushalt lebende Personen übernommen werden.

*) Eingetragener Lebenspartner ist derjenige, der in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten lebt. Als eingetragene Lebenspartnerschaften gelten auch die den Partnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes vergleichbaren Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten.

2. Art und Höhe der Leistung

Abweichend von Ziffer 2.3.1.2 wird das Krankenhaustagegeld in 2-facher Höhe gezahlt.

Abweichend von Ziffer 2.3.2.2 wird das verbesserte Genesungsgeld zu 100 % gezahlt.

BB 2012-15

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des verbesserten Rooming In

Voraussetzung, Art und Höhe der Leistung

Für das versicherte Kind ist ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld gemäß Ziffer 2.3 vereinbart.

In Ergänzung zu Ziffer 3.4. wird das verbesserte Rooming in 2-facher Höhe gezahlt, falls mindestens 2 Kinder unter 10 Jahren mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

BB 2012-16

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der einmaligen Nothilfe

Voraussetzungen, Art und Höhe der Leistung

1. Führt der Unfall zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches, so entsteht der Anspruch auf Nothilfe in Höhe des im Versicherungsschein hierfür ausgewiesenen Betrages.
2. Die Nothilfe wird einmalig und sofort nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Versicherungsträger der gesetzlichen Pflegeversicherung fällig.

- Der Versicherte ist nicht zur Rückzahlung des geleisteten Betrages verpflichtet, wenn die Pflegebedürftigkeit nachträglich wegfällt.

BB 2012-17
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Schmerzensgeld nach HWS-Distorsion

- Voraussetzungen für die Leistung
Für die versicherte Person ist eine Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1 vereinbart.
In Zusammenhang mit der Benutzung eines Verkehrsmittels erleidet die versicherte Person eine Distorsion der Halswirbelsäule („HWS-Schleudertrauma“), welche
 - mindestens dem Grad II der Klassifizierung nach Erdmann oder der Quebec Task Force entspricht
 - und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 7 Tagen nach sich ziehtDie Verletzung sowie insbesondere deren Schweregrad muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.
- Art und Höhe der Leistung
Das Schmerzensgeld nach HWS-Distorsion wird einmalig in Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages gezahlt.

BB 2012-18
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung einer Kur- und Rehabilitationsleistung

- Voraussetzungen für die Leistung
Unterzieht sich die versicherte Person innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen einer unfallbedingten, medizinisch notwendigen stationären, teilstationären oder ambulanten Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme, deren Kosten von einem privaten Krankenversicherer oder einem Sozialversicherungsträger übernommen werden, entsteht Anspruch auf Kur- oder Rehabilitationsleistung.
Der Leistungsanspruch ist durch Unterlagen nachzuweisen, welche die vorstehend bezeichnete Kostenübernahme bestätigen.
- Art und Höhe der Leistung
Die Kur- oder Rehabilitationsleistung wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmalig je Unfall gezahlt.
Ziffer 4 dieser Bedingungen ist hierbei zu berücksichtigen.

BB 2012-19
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vergiftungen durch Überdosierung ärztlich verordneter Medikamente

In Abänderung von Ziff. 5.2.5 dieser Bedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf unfreiwillige Vergiftungen durch versehentliche Überdosierung ärztlich verordneter oder nicht verschreibungspflichtiger Medikamente im Sinne des Arzneimittelgesetzes.

BB 2012-20
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kostenerstattung für medizinische Hilfsmittel

Werden von den behandelnden Ärzten nach einem Unfall medizinische Hilfsmittel verordnet, die geeignet sind,

- den Erfolg der unfallbedingten Krankenbehandlung zu sichern oder
- einer drohenden Behinderung durch den Unfall vorzubeugen oder
- eine unfallbedingte Behinderung auszugleichen

übernimmt der Versicherer die hierfür anfallenden Kosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein hierfür genannten Betrages.

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

BB 2012-21
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der progressiven Rentenleistung

- Voraussetzungen für die Leistung
Für die versicherte Person ist eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.4 vereinbart.
Durch einen Unfall wurde bei der versicherten Person eine nach Ziffer 2.1. 2 ermittelte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, von weniger als 50 % (Invalidität) aber mindestens von 35 % (Invalidität) festgestellt.
- Art und Höhe der Leistung
Die progressive Rentenleistung wird abweichend von Ziffer 2.4.2 in Höhe von 50 % des vereinbarten Betrages zur Unfallrente gezahlt.
Die Bestimmungen zu Beginn und Dauer der Leistung gemäß Ziffer 2.4.3 gelten entsprechend.

BB 2012-22
Besondere Bedingungen für die Verdoppelung der Rentenleistung

- Voraussetzung der Leistung
Für die versicherte Person ist eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.4 vereinbart.
Durch einen Unfall wurde bei der versicherten Person eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 % (Invalidität) ärztlich festgestellt.
- Art und Höhe der Leistung
Die vereinbarte Rentenleistung wird abweichend von Ziffer 2.4.2 in 2-facher Höhe gezahlt.
Die Bestimmungen zu Beginn und Dauer der Leistung gemäß Ziffer 2.4.3 gelten entsprechend.
Die Zahlung der Unfallrente in 2-facher Höhe endet mit Ablauf des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4. vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass die unfallbedingte Invalidität unter den von Ihnen im Versicherungsschein vereinbarten Invaliditätsgrad gesunken ist.

BB 2012-23
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Todesfallleistung bei Verschollenheit

- Voraussetzung der Leistung
Für die versicherte Person ist eine Todesfallleistung gemäß Ziffer 2.5 vereinbart.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

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

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme - siehe Versicherungsschein – gezahlt.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind die bereits erbrachten Leistungen zurückzuzahlen.

Besondere-Bedingungen und Zusatzbedingungen

- Soweit diese ausdrücklich vereinbart sind bzw. das Risiko versichert ist -

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

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 2-fache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme.

Wenn die Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad
Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

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

Vollendet die versicherte Person das 75. Lebensjahr, entfallen die in den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %) geregelten Leistungen. Der Vertrag wird gemäß Ziffer 6.1.1. dieser Bedingungen auf die für die folgende Altersgruppe gültigen Tarif- und Leistungsmerkmale umgestellt.

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

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,

- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 2-fache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme,
- für den 75 %, nicht aber 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 6-fache Invaliditätssumme,
- für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 11-fache Invaliditätssumme.

Wenn die Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad
Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %
26	27	41	57	56	93	71	138	86	216
27	29	42	59	57	96	72	141	87	222
28	31	43	61	58	99	73	144	88	228
29	33	44	63	59	102	74	147	89	234
30	35	45	65	60	105	75	150	90	240
31	37	46	67	61	108	76	156	91	251
32	39	47	69	62	111	77	162	92	262
33	41	48	71	63	114	78	168	93	273
34	43	49	73	64	117	79	174	94	284
35	45	50	75	65	120	80	180	95	295
36	47	51	78	66	123	81	186	96	306
37	49	52	81	67	126	82	192	97	317
38	51	53	84	68	129	83	198	98	328
39	53	54	87	69	132	84	204	99	339
40	55	55	90	70	135	85	210	100	350

Vollendet die versicherte Person das 75. Lebensjahr, entfallen die in den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %) geregelten Leistungen. Der Vertrag wird gemäß Ziffer 6.1.1. dieser Bedingungen auf die für die folgende Altersgruppe gültigen Tarif- und Leistungsmerkmale umgestellt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (600 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme,
- für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 6-fache Invaliditätssumme,
- für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 14-fache Invaliditätssumme.

Wenn die Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

Tabelle zur Leistungsberechnung:

Spalte Inv: festgestellter Invaliditätsgrad
 Spalte pB: progressiver Berechnungssatz

Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %	Inv %	pB %
26	28	41	73	56	136	71	226	86	404
27	31	42	76	57	142	72	232	87	418
28	34	43	79	58	148	73	238	88	432
29	37	44	82	59	154	74	244	89	446
30	40	45	85	60	160	75	250	90	460
31	43	46	88	61	166	76	264	91	474
32	46	47	91	62	172	77	278	92	488
33	49	48	94	63	178	78	292	93	502
34	52	49	97	64	184	79	306	94	516
35	55	50	100	65	190	80	320	95	530
36	58	51	106	66	196	81	334	96	544
37	61	52	112	67	202	82	348	97	558
38	64	53	118	68	208	83	362	98	572
39	67	54	124	69	214	84	376	99	586
40	70	55	130	70	220	85	390	100	600

Vollendet die versicherte Person das 75.Lebensjahr, entfallen die in den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (600 %) geregelten Leistungen. Der Vertrag wird gemäß Ziffer 6.1.1. dieser Bedingungen auf die für die folgende Altersgruppe gültigen Tarif- und Leistungsmerkmale umgestellt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe inklusive Berufsunfähigkeitsschutz (BB vG BU)

Sofern besonders vereinbart, gelten folgende Änderungen zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012). Für die Leistungsart „UnfallRente“ gemäß Ziffer 2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2012) gilt weder die Berechnung der Invaliditätsleistung nach der verbesserten Gliedertaxe, noch der Einschluss des Berufsunfähigkeitsschutzes.

1. **Berechnung der Invaliditätsleistung**
 In Abweichung von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2012 bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität gemäß der verbesserten Gliedertaxe die Grundlage für die Berechnung der Leistung.
- 1.1. **Verbesserte Gliedertaxe**
 In Abweichung von Ziffer 2.1.2.1.1 AUB 2012 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnes-/Organe ausschließlich folgende Invaliditätsgrade

Arm	85 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	85 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %

Bein über der Mitte des Oberschenkels	85 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	70 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	65 %
Fuß	55 %
große Zehe	15 %
Anderer Zehe	5 %

Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Stimme	100 %

eine Niere	25 % (100 %)
(falls die andere bereits verloren war)	
beide Nieren	100 %
Milz	10 % (20 %)
(bei Kindern vor dem 14. Lebensjahr)	
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm	25 %
ein Lungenflügel	50 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Die Ziffern 2.1.2.1.2 bis 2.1.2.1.4, 2.1.2.2 sowie 2.1.4 AUB 2012 gelten entsprechend.

- 1.2. **Berufsunfähigkeitsschutz**
 In Abweichung zu Ziffer 1.1 BB vG BU gilt für berufstätige versicherte Personen folgende Vereinbarung:
 - 1.2.1. Erleidet die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalles gemäß Ziffer 1.3 AUB 2012 eine vollständige Berufsunfähigkeit wird ein Invaliditätsgrad von 100 % angenommen.
 - 1.2.1.1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen versicherten Unfall, welcher die Leistungsvoraussetzungen gemäß Ziffer 2.1.1 AUB 2012 erfüllt, voraussichtlich auf Dauer (mindestens für 3 Jahre) außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
 - 1.2.1.2. Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert. Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes festgelegte Größe im Vergleich zum regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.
 Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.
 - 1.2.1.3. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person selbständig oder Angestellter mit Weisungs-

und Direktionsbefugnis ist (hierzu zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber (GGF) und freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterliegen) und ihren zuletzt ausgeübten Beruf nach zumutbarer Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs ausüben kann.

Eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs ist zumutbar, wenn

- sie wirtschaftlich sinnvoll ist,
- sie von der versicherten Person realisiert werden kann,
- die versicherte Person ihre Stellung im Betrieb und ihre bisherige Lebensstellung auch nach einer Umorganisation oder Umgestaltung beibehält.

- 1.2.2. Bei Studenten liegt vollständige Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 1.2.1.1 vor, wenn die versicherte Person außer Stande ist, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles absolviertes Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen und sie auch kein anderes Studium absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der versicherten Person erreicht wird.

- 1.2.3. Bei freiwilligen Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstleistenden ohne abgeschlossene Berufs- oder Hochschulbildung liegt vollständige Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 1.2.1.1 vor, wenn die versicherte Person außer Stande ist, im Rahmen ihrer geistigen oder körperlichen Fähigkeiten eine Berufs- oder Hochschulausbildung aufzunehmen.

- 1.2.4. Bei freiwilligen Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstleistenden mit abgeschlossener Berufs- oder Hochschulbildung liegt vollständige Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 1.2.1.1 vor, wenn die versicherte Person außer Stande ist, eine ihrer Beruf- oder Hochschulausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben.

Als eine ihrer Berufs- oder Hochschulausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss der Berufs- oder Hochschulausbildung der versicherten Person erreicht wird.

- 1.2.5. Bei Auszubildenden liegt vollständige Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 1.2.1.1 vor, wenn die versicherte Person außer Stande ist, ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles absolvierte Berufsausbildung fortzusetzen und sie auch keine vergleichbare andere Berufsausbildung absolviert oder eine ihrer Berufsausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

Als eine vergleichbare andere Ausbildung wird dabei nur eine solche Ausbildung angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung der ursprünglichen Berufsausbildung entspricht.

Als eine ihrer Berufsausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse oder Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Le-

bensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung der versicherten Person erreicht wird.

- 1.2.6. War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles ausschließlich Hausfrau / Hausmann, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit als Beruf zugrunde.

- 1.2.7. War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles Schülerin/Schüler, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit als Beruf zugrunde.

- 1.2.8. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer von bis zu fünf Jahren nach dem Ausscheiden die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

- 1.2.9. Der Berufsunfähigkeitsschutz endet mit Feststellung der Leistungspflicht für eine Berufsunfähigkeit nach Ziffer 1.2. der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe inklusive Berufsunfähigkeitsschutz (BB vG BU)“. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Versicherungsvertrag zu den weiteren versicherten Leistungsarten innerhalb eines Monats nach Anerkenntnis der Leistungspflicht durch den Versicherer oder Auszahlung der Leistung zu kündigen. Kündigt der Versicherungsnehmer, so ist die Kündigung einen Monat nach Zugang der Leistungsanerkennung bzw. Erhalt der Zahlung zu erklären.

- 1.2.10. Mit Vollendung des 75. Lebensjahres entfällt der Berufsunfähigkeitsschutz nach Ziffer 1.2. der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe inklusive Berufsunfähigkeitsschutz (BB vG BU)“. Der Vertrag wird gemäß Ziffer 6.1.1. „Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012)“ auf die für die folgende Altersgruppe gültigen Tarif- und Leistungsmerkmale umgestellt.

Nach Ablauf von fünf Jahren gilt für die Beurteilung eine berufliche Tätigkeit, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden könnte und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die die versicherte Person in den letzten zwei Jahren vor Ausscheiden aus dem Berufsleben inne hatte.

Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung handelt (z.B. Mutterschutz, gesetzliche Elternzeit, Arbeitslosigkeit).

2. Leistungsfall

- 2.1. Die Invaliditätsleistung für Ziffer 1.1 BB vG BU und Ziffer 1.2 BB vG BU beträgt insgesamt maximal 100 %.
- 2.2. Für die Erbringung der Leistung gelten die Ziffern 7, 8 und 9 AUB 2012 entsprechend.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den jeweiligen **vertraglich vereinbarten Prozentsatz** erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle fünfhundert Euro, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle Euro und für die Übergangsleistung auf volle fünfzig Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziff. 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen.
Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von Kapitalleistung bei Eintritt schwerer Erkrankungen (ZB schwErk 2010)

Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2012) gelten wie folgt erweitert:

1. Welche schweren Erkrankungen sind mitversichert?

Im Rahmen der Kinder-Unfallversicherung sind die folgend benannten schweren Erkrankungen mitversichert, die frühestens drei Monate nach Geburt eingetreten sind und welche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres während der Dauer des Versicherungsschutzes ärztlich festgestellt wurden.

Höhe der Leistung

Leidet die versicherte Person an einer der beschriebenen Krankheiten, erfolgt eine einmalige Kapitalleistung in der im Versicherungsschein vereinbarten Höhe. Eine weitere Leistung wegen derselben oder einer anderen der folgend aufgeführten Erkrankungen, gleich ob diese mit der ersten Erkrankung in einem Zusammenhang stehen oder nicht, erfolgt nicht.

Bei ärztlicher Feststellung einer der folgenden Erkrankungen leisten wir einmalig die hierfür vereinbarte Versicherungssumme.

Krebs

Bei der versicherten Person wird ein bösartiger Tumor diagnostiziert, der sich durch unkontrolliertes Wachstum und Ausdehnung von bösartigen Zellen mit Invasion und Zerstörung von normalem Gewebe auszeichnet.

Der Krebs muss von einem qualifizierten Onkologen oder Pathologen durch einen feingeweblichen Nachweis der Bösartigkeit bestätigt werden.

Versichert sind auch akute Leukämie, bösartige Lymphome, Morbus Hodgkin, bösartige Knochenmarkserkrankungen und metastasierter Hautkrebs.

Die Diagnose einer akuten lymphatischen (ALL) oder myeloischen Leukämie (AML) geht einher mit einer Vermehrung von bösartigen Zellen im Knochenmark und peripheren Blut. Hierdurch kommt es zu einer Verdrängung der normalen Blutbildung mit Anämie, schwerster Infektgefährdung und Blutungsneigung. Die Diagnose muss von einem Arzt für Hämatologie gestellt werden.

Nierenversagen

Die versicherte Person leidet an chronischem Nierenversagen im Endstadium, das sich als chronisches und irreversibles Versagen der Funktion beider Nieren darstellt und eine regelmäßige Dialysebehandlung oder Nierentransplantation erforderlich macht. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach Beginn der Dialyse bzw. Durchführung der Transplantation.

Bakterielle Meningitis

Die versicherte Person leidet an einer Entzündung der Hirnhäute oder des Rückenmarks, die zu einem deutlichen und dauerhaften neurologischen Defizit führt und von einem behandelnden Neurologen bestätigt wird. Die Bestätigung einer bakteriellen Infektion der Hirnflüssigkeit durch eine Lumbalpunktion ist erforderlich.

Enzephalitis

Die versicherte Person leidet an einer schweren Entzündung der Gehirnsubstanz (Hirnhemisphären, Hirnstamm oder Kleinhirn), die zu einem deutlichen und andauernden neurologischen Defizit führt. Die Diagnose muss von einem behandelnden Neurologen bestä-

tigt werden.

Erbblindung

Bei der versicherten Person liegt ein gänzlicher und unwiederbringlicher Sehverlust beider Augen vor. Die Blindheit muss im Bericht eines Augenarztes bestätigt sein. Es muss ausgeschlossen sein, dass die Blindheit durch ein medizinisches Verfahren zu beheben ist.

Gehörlosigkeit

Bei der versicherten Person liegt ein Vollständiger, dauerhafter und nicht mehr behebbarer Verlust des gesamten Hörvermögens auf beiden Ohren vor. Eine beidseitige Hörminderung von mindestens 80 dB in der Tonschwellenaudiometrie (= Hörtest) auf allen Frequenzen auch unter Verwendung von Hörhilfen ist mit einer Gehörlosigkeit gleichzusetzen

Gutartiger Hirntumor

Die versicherte Person leidet an einer lebensbedrohenden, aber nicht krebsartigen Geschwulst im Gehirn, die von einem Neurologen oder Neurochirurgen bestätigt sein muss. Dies schließt intrakranielle Tumoren ein, die dem Gehirn Schaden zufügen. Es muss eine neurochirurgische Exzision für notwendig erachtet oder im Falle der Inoperabilität ein dauerhaftes neurologisches Defizit durch den Tumor verursacht werden.

Koma

Die versicherte Person befindet sich in einem Zustand der Bewusstlosigkeit ohne Reaktion oder Antwort auf externe Reize oder innere Bedürfnisse, die kontinuierlich andauert und lebensunterstützende Maßnahmen über einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden erfordert. Es muss ein dauerhaftes neurologisches Defizit, bescheinigt von einem hinzugezogenen Neurologen, vorhanden sein.

Ausgeschlossen ist das künstlich herbeigeführte Koma oder ein Koma infolge von Vergiftungen oder Alkohol- und Drogenabusus.

Lähmung

Die versicherte Person erleidet einen Kompletten Verlust der Funktion von zwei oder mehr Gliedmaßen infolge von Verletzung oder Krankheit des Rückenmarks oder Gehirns, wenn dieser Funktionsverlust von einem Neurologen als dauerhaft eingeschätzt wird.

Ein Verlust der Funktionen von Gliedmaßen, die als Diplegie, Hemiplegie, Tetraplegie und Quadriplegie bezeichnet werden, sind eingeschlossen.

Transplantation großer Organe oder von Knochenmark

Zugunsten der versicherten Person wird eine Transplantation eines der folgenden ganzen menschlichen Organe durchgeführt oder es erfolgt die Einschreibung auf eine offizielle Warteliste für die Transplantation dieser Organe:

- Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder
- menschliches Knochenmark unter Nutzung von allogenen hämatopoetischen Stammzellen nach vorheriger kompletter Knochenmarkentfernung

Das Transplantat muss medizinisch notwendig sein und auf objektiv nachgewiesenem Organversagen beruhen. Andere als die obigen Stammzelltransplantate sind ausgeschlossen.

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Bei der versicherten Person wird eine eindeutige Infektion mit einem Poliovirus diagnostiziert, die zu einer Erkrankung mit Lähmungserscheinungen führt und durch einen behandelnden Neurologen bestätigt wird. Der Nachweis muss durch eingeschränkte motorische Funktionen oder eine Atemschwäche erfolgen. Eine medizinische Dokumentation dieses Zustandes muss über mindestens 3 Monate stattfinden.

Fälle ohne Lähmungserscheinungen sowie andere Ursachen einer Paralyse sind ausgeschlossen.

Aplastische Anämie

Die versicherte Person leidet an chronischem und dauerhaftem Knochenmarksversagen, das zu Anämie, Neutropenie und Thrombozytopenie führt und mehr als einer der folgenden Behandlungen bedarf:

- a) Transfusion eines Blutproduktes
- b) Knochenmarksanregende Substanzen
- c) Immunsuppressive Substanzen
- d) Knochenmarkstransplantation

Die Diagnose muss von einem Hämatologen bestätigt werden.

2. Wartezeiten

Der Versicherungsschutz für die Krankheiten

- Krebs
- Nierenversagen
- Hirntumor
- Organtransplantation
- Poliomyelitis
- Aplastische Anämie

beginnt erst 3 Monate nach dem für die Kinder-Unfallversicherung vereinbarten Vertragsbeginn.

3. Ausschluss der Leistungsart Kapitalleistung bei schweren Erkrankungen aus dem Vertrag

Der Versicherungsschutz der Kapitalleistung bei schwerer Krankheit erlischt mit Datum der Diagnoseerstellung zu einer der unter Ziffer 1 genannten Erkrankungen. Der Beitrag für die Leistungsart wird anteilig abgerechnet. Der Versicherungsnehmer wird mit Nachtrag informiert.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten:

- 4.1. die versicherte Person innerhalb eines Monats nach der Diagnose einer Erkrankung, für welche die Leistung verlangt wird, verstirbt. In diesem Fall erfolgt eine Leistung von 10 % der für Krankheiten vereinbarten Versicherungssumme.
- 4.2. die Gesundheitsschädigung, welche zu einer der unter Ziffer 1 genannten Erkrankungen führt, vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Insbesondere fallen hierunter Alkohol-, Medikamenten- sowie Drogenmissbrauch.
- 4.3. die Gesundheitsschädigung, welche zu einer der unter Ziffer 1 genannten Erkrankungen führt, verursacht wurde durch
 - eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder ein Sorgeberechtigter vorsätzlich die Erkrankung oder Verletzung des Versicherten herbeigeführt hat
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Versicherungsschutz besteht insoweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal

diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.

- 4.3.1. Es besteht keine Leistungspflicht für Erkrankungen und deren Folgen, die bei der versicherten Person bereits vor Vertragsbeginn ausgebrochen oder diagnostiziert wurden.

5. Summen- und Beitragsanpassung

- 5.1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten %-Satz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für die Kapitalleistung bei Eintritt schwerer Krankheiten auf volle fünfhundert Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 5.2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 5.3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 5.4. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die erhöhten Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
- 5.5. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziffer 5.4. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist in Textform an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgesetzt.
- 5.6. Der Versicherer kann die nächst fällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform widerrufen.
6. Was ist nach einer Erkrankung zu beachten (Obliegenheit)?
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 6.1. Nach einer Krankheit, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 6.2. Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 6.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 6.4. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 6.5. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 6.6. Zum Nachweis des Vorliegens einer unter Ziffer 1 genannten Krankheit sind dem Versicherer unverzüg-

lich nach Stellung der ärztlichen Diagnose Unterlagen einzureichen, die eine Überprüfung der Diagnose ermöglichen, insbesondere

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der jeweiligen Erkrankung oder Krankheitsfolge
- ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens.

Zur Klärung der Leistungspflicht ist der Versicherer berechtigt, notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen anzustellen.

- 6.7. Bei einer schweren Erkrankung außerhalb des Gebietes der Europäischen Gemeinschaft kann der Versicherer verlangen, dass die zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise von einem im Gebiet der Europäischen Gemeinschaft niedergelassenen und vom Versicherer bestimmten Arzt auf Kosten des die Leistung Beanspruchenden erstellt werden.

7. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8. Wann ist die Kapitalleistung fällig?

Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person behandelt oder untersucht haben über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Krankheit.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 1 % der versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

Zusatzbedingungen für die Mitversicherung von ServicePlus im Rahmen der WWK Unfallversicherung *lifeconcept*

(ZB SP AUB 2012)

Soweit ausdrücklich vereinbart, gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) wie folgt erweitert:

1. Welche Leistungen beinhaltet ServicePlus?
 - 1.1. Spezielle Hilfeleistungen mit Kostenübernahme (Schutzbrief)
 - 1.1.1. Leistungsvoraussetzungen, -umfang und -häufigkeit
 - 1.1.1.1. Voraussetzung für die unter Ziffer 1.1.2 beschriebenen Leistungen ist
 - a) dass ein Unfall der versicherten Person gemäß Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) vorliegt
speziell für Personen der *Zielgruppe Senioren* (ab 55 Jahre) gilt außerdem:

Die Leistungen können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs wegen eines der folgenden – nicht unfallbedingten – Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden:
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Bypass OperationEin Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen.
 - b) dass die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.1.1.1 a) in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (Hilfsbedürftigkeit) und
 - c) dass der Versicherungsfall unverzüglich über das WWK Notfall-Telefon gemeldet und die Organisation der Leistung bei unserem Dienstleister in Auftrag gegeben wurde.
 - 1.1.1.2. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
 - 1.1.1.3. Die Leistungen beinhalten die Vermittlung und Organisation sowie die Kostenübernahme bis zu einer Höchstentschädigung je Versicherungsfall von 5.000 Euro.
Für die unter Ziffer 1.1.1.1 a) speziell für die *Zielgruppe Senioren* aufgeführte Leistungserweiterung bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder Bypass Operation gilt eine Höchstentschädigung je Versicherungsfall von 2.000 Euro.
 - 1.1.1.4. Die Leistungen werden für einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten ab Eintritt des Versicherungsfalles erbracht.
 - 1.1.1.5. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung (*ServicePlus*) nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
 - 1.1.1.6. Die für die Erbringung der Leistungen notwendigen Auskünfte und Einverständniserklärungen sind dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.
 - 1.1.1.7. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn
- die Meldung des Versicherungsfalles und der Auftrag zur Organisation der Leistung nicht über das WWK Notfall-Telefon erfolgt sind
 - die versicherte Person selbst einen Dienstleister für Leistungen gemäß Ziffer 1.1.2 auswählt
 - die Leistung nicht erforderlich ist, insbesondere wenn sie bereits unabhängig vom Versicherungsfall bezogen oder von einer im Haushalt lebenden Person erbracht wird.
 - eine der Leistungen nach Ziffer 1.1.2 im Rahmen der Pflegeversicherung, Krankenversicherung oder gesetzlichen Unfallversicherung erbracht wird. Bereits laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung durch den jeweiligen Kostenträger.
- 1.1.2. **Leistungsarten**
 - 1.1.2.1. Installation eines Hausnotruf
 - Organisiert wird in der Wohnung der versicherten Person die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale.
Übernommen werden die Kosten für die Bereitstellung der Anlage und laufende Aufschalt- bzw. Bereitschaftsgebühren bis zu maximal 300 EUR je Versicherungsfall (längstens für 6 Monate). Die Bereitstellung der Anlage erfolgt in der Regel im Rahmen einer Anmietung beim Anbieter der Dienstleistung.
Folgende Kosten werden nicht übernommen:
 - Kosten für den Erwerb einer Hausnotrufanlage
 - Kosten für die Schaffung der technischen Voraussetzungen in der Wohnung der versicherten Person (z.B. ein entsprechender Strom- und Telefonanschluss oder andere bauliche Maßnahmen)
 - Telefongebühren
 - sich durch Einsätze ergebende Folgekosten, wie z.B. für den Einsatz des Notarztes oder der Feuerwehr.
 - 1.1.2.2. Menüservice
 - Organisiert wird die Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und ihren Lebenspartner. Die versicherte Person kann aus dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment auswählen.
Übernommen werden die Kosten für die Mahlzeiten und die Anlieferung. Andere Kosten werden nicht übernommen.
 - 1.1.2.3. Fahrdienst
 - Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert.
Übernommen werden die Fahr- bzw. Transportkosten.
 - 1.1.2.4. Begleitung
 - Bis zu zwei Mal in der Woche wird eine Begleitung zur

- Unterstützung der versicherten Person bei Arzt- und Behördengängen sowie bei Fahrten zu Krankengymnastik und Therapien organisiert.
- Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betraute Person. Kosten Dritter (z.B. Praxisgebühr oder Bearbeitungsgebühren bei Behörden) werden nicht übernommen.
- 1.1.2.5. Einkaufsservice
- Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen/Einkäufe durchgeführt, sofern die Notwendigkeit dafür besteht:
- Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs
 - Botengänge zur Bank, Sparkasse oder Behörden
 - Besorgen von Rezepten oder Medikamenten
 - Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie
 - Einlieferung und Abholung von Wäsche bei der Reinigung
- Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betraute Person. Kosten für die eingekauften Waren oder bezogenen Dienstleistungen werden nicht übernommen.
- 1.1.2.6. Wäschesevice und Schuhpflege
- Einmal in der Woche werden
- die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt
 - die Schuhe der versicherten Person gepflegt.
- Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betraute Person. Kosten für die Reinigungsmittel und andere Kosten werden nicht übernommen.
- 1.1.2.7. Wohnungsreinigung
- Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt.
- Voraussetzung ist, dass sich die Räume bei Eintritt des Versicherungsfalles in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden.
- Übernommen werden die Kosten für die mit der Leistung betrauten Person. Kosten für die Reinigungsmittel und andere Kosten werden nicht übernommen.
- 1.1.2.8. Pflegeschulung
- Organisiert wird eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende Personen.
- Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 EUR pro pflegender Person.
- 1.1.2.9. Grundpflege
- Bis zu zwei Mal täglich wird, im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit, eine Grundpflege durch Fachpersonal durchgeführt. Im Rahmen der Grundpflege werden folgende Leistungen erbracht:
- Waschen, Duschen, Baden
 - Mund-, Zahn-, Lippenpflege
 - Rasieren
 - Hautpflege
 - Haarpflege (Kämmen, ggf. Waschen)
 - Nagelpflege
 - An- und Auskleiden, inkl. An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- Übernommen werden die Kosten für das mit der Leistung betraute Fachpersonal. Anfallende Kosten für Hilfsmittel etc. werden nicht erstattet.
- 1.1.2.10. Tag- und Nachtwache
- Nach Entlassung aus einer stationären Behandlung
- 1.2. Spezielle Leistungen ohne Kostenübernahme (Assistance)
- 1.2.1. **Leistungsvoraussetzungen**
- 1.2.1.1. Voraussetzung für die Erbringung der unter Ziffer 1.2.2 beschriebenen Leistungen ist
- a) dass - sofern nicht abweichend beschrieben - ein Unfall der versicherten Person gemäß den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012, Ziffer 1.3) vorliegt.
Der Unfall wurde bereits nachgewiesen oder es kann anhand des telefonisch geschilderten Sachverhalts davon ausgegangen werden.
- b) speziell für Personen der *Zielgruppe Senioren* (ab 55 Jahre) gilt außerdem:
Die Leistungen gemäß Ziffer 1.2.2 können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs wegen folgender – nicht unfallbedingter – Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden:
- Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Bypass Operation
- Ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen.
- c) speziell für Personen der *Zielgruppe kids* (bis 18 Jahre), für die eine Kapitalleistung gemäß Ziffer 1 der ZB schwErk im Rahmen der Unfallversicherung *lifeconcept* vereinbart wurde, gilt außerdem: Die Leistungen gemäß Ziffer 1.2.2 können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs wegen einer der folgenden schweren Erkrankungen in Anspruch genommen werden:
- Krebs
 - Nierenversagen
 - Bakterielle Meningitis
 - Enzephalitis
 - Erblindung
 - Gehörlosigkeit
 - Gutartiger Hirntumor
 - Koma
 - Kinderlähmung
 - Lähmung
 - Transplantation großer Organe
 - Aplastische Anämie
- Ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen.
- 1.2.1.2. Die Leistungen werden über das WWK Notfall-Telefon in Anspruch genommen.
- 1.2.1.3. Die Leistungen werden für den Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- 1.2.2. **Leistungsarten**
- Versichert sind umfassende Informations- und Beratungsleistungen und – sofern gewünscht – auch die Vermittlung und/oder Organisation von Dienstleistern zu den unter Ziffer 1.2.2.1 bis 1.2.2.4 beschriebenen Leistungsarten.
- Die von den gegebenenfalls vermittelten und/oder organisierten Dienstleistern gegebenenfalls erhobenen Entgelte sowie anfallende Sachkosten werden nicht übernommen.
- 1.2.2.1. Beratung zur Prävention (Zielgruppenberatung)
- Bereits unabhängig von einem Unfall gemäß Ziffer 1.3

der AUB 2012 beraten wir die versicherte Person in Abstimmung auf deren Alter und individuelle Lebenssituation z.B. zu den Themen

- Unfallverhütung
- Gesundheitsberatung
- Entwicklungsmanagement
- Familienmanagement

1.2.2.2. Beratung zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation (Reha-Management)

Ist aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 a), b) oder c) eine ärztlich diagnostizierte Rehabilitation der versicherten Person erforderlich bieten wir eine ganzheitliche Betreuung (Case Management) und Beratung für den Betroffenen und seine Angehörigen, z.B. durch Unterstützung bei

- der genauen Ermittlung des individuellen Bedarfs des Betroffenen und seiner Angehörigen (Bedarfsanalyse)
- der Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans
- bei der Koordination der Maßnahmen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation
- bei der Auswahl der Hilfsmittel und deren Beschaffung
- bei der Auswahl von Therapiezentren/Therapeuten, Ärzten und Spezialkliniken
- bei der Auswahl spezialisierter bzw. sozialer Einrichtungen und Hilfen
- bei der Organisation einer psychologischen Betreuung
- bei der Sicherung des bisherigen Arbeitsplatzes
- bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz, einer Umschulungsmaßnahme sowie einer neuen Arbeitsstelle
- bei der Suche nach Anbietern für behinderungsgerechte Wohnungsumbauten und Fahrzeugumrüstungen
- bei der Erstellung eines Finanzplanes
- bei der Beantragung von Leistungen aus sozialen oder gesetzlichen Einrichtungen

1.2.2.3. Beratung bei Pflegebedürftigkeit (Pflege-Manager)

Wird aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 a), b) oder c) eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ärztlich diagnostiziert bieten wir Ihnen eine umfassende Information und Beratung z.B. zu folgenden Themen

- Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung
- Pflegeeinstufung inklusive Widerspruchsverfahren
- Pflegeleistungen und –hilfsmittel sowie deren Anbieter
- Pflegedienstleister und –einrichtungen
- Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beantragung einer Schwerbehinderung inklusive Widerspruchsverfahren
- Beantragung von Sozialhilfe inklusive Widerspruchsverfahren
- Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Speziellen Krankheitsbildern, wie z.B. Depression, Demenz, Parkinson
- Beratungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Psychologen
- Kuren
- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten
- Wohn- und Wohnraumberatung

1.2.2.4. Pflegeheimplatzgarantie

Wird aufgrund eines Versicherungsfalles gemäß Ziffer 1.2.1.1 a), b) oder c) eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ärztlich diagnostiziert und ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung nicht möglich oder kommt

diese wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht, garantieren wir die Unterbringung (Vermittlung und Organisation) der versicherten Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden.

Der Pflegeheimplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes der versicherten Person zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützen wir bei der Suche und organisieren einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.