

Bedingungen und Verbraucherinformationen für die **Unfallversicherung** der VPV Allgemeine Versicherungs-AG

3.PES.0282 10.2023 NN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhalt

- Allgemeine Verbraucherinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertrags-
gesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflich-
ten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).
 - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)
 - Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebens-
jahres
 - Besondere Bedingungen für die zusätzlich wählbaren Leistungen zur Allgemei-
nen Unfallversicherung
 - Besondere Bedingungen für den Unfallschutzbrief
-

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

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

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

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

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

Ihre VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Verbraucherinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

5

B. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)

Der Versicherungsumfang	10
1 Was ist versichert?	10
1.1. Grundsatz	10
1.2. Geltungsbereich	10
1.3. Unfallbegriff	10
1.4. Erweiterter Unfallbegriff	10
1.5. Familien-Baustein	11
1.6. Einschränkungen unserer Leistungspflicht	11
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	11
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	11
2.1 Invaliditätsleistung	12
2.2 Unfallrente	14
2.3 gestrichen	14
2.4 Tagegeld	14
2.5 Krankenhaustagegeld	14
2.6 Todesfalleistung	15
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	15
2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	15
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	16
3.1 Krankheiten und Gebrechen	16
3.2 Mitwirkung	16
4 Gestrichen	16
5 Was ist nicht versichert?	16
5.1 Ausgeschlossene Unfälle	16
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	18
6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	19

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs	19
6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	19
Der Leistungsfall	19
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	19
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	20
9 Wann sind die Leistungen fällig?	20
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht	20
9.2 Fälligkeit der Leistung	20
9.3 Vorschüsse	20
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	21
Die Vertragsdauer	21
10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	21
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes	21
10.2 Dauer und Ende des Vertrags	21
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall	21
10.4 Versicherungsjahr	21
Der Versicherungsbeitrag	22
11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	22
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	22
11.1 Beitrag und Versicherungsteuer	22
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	22
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	22
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	23
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	23
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	23
Weitere Bestimmungen	23
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	23
12.1 Fremdversicherung	23
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	23
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	23
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	23
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	23
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	24
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	24
13.4 Anfechtung	25
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	25
14 Gestrichen	25
15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	25
15.1 Gesetzliche Verjährung	25
15.2 Aussetzung der Verjährung	25
16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	25
16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten	25
16.2 Zuständige Gerichte	26
17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	26
18 Welches Recht findet Anwendung?	26
19 Sanktionsklausel	26
20 Schlussbestimmung	26
C. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres	
1 Umstellung des Erwachsenen-Tarifs in einen Senioren-Tarif nach Vollendung des 65. Lebensjahres	27
2 Vollendung des 70. Lebensjahres	27
D. Besondere Bedingungen für die zusätzlich wählbaren Leistungen zur Allgemeinen Unfallversicherung	
1 jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)	28
1.1 Leistungsarten	28
1.2 Anpassung der Versicherungssummen	28

1.3 Anpassung des Beitrags	28
1.4 Verfahren	28
2 Progression 350%	28
3 Progression 600%	29
4 Verbesserte Gliedertaxe	31
5 Selbstbeteiligung (Integralfranchise)	31
6 Übergangsleistung	31
6.1 Voraussetzungen für die Leistung	31
6.2 Verbesserte Übergangsleistung	32
6.3 Art und Höhe der Leistung	32
7 Sofortleistung	32
7.1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen	32
8 Gipsgeld (Sofortleistung bei Knochenbrüchen)	32
9 Top-Schutz	33
9.1 Unfälle durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder Zuckerschokk	33
9.2 Mitwirkung	33
9.3 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität	33
9.4 Nahrungsmittelvergiftungen	33
9.5 Serviceleistungen	33
9.6 Infektionsklausel	34
10 Rehabilitationsleistungen	34
10.1 Was ist versichert?	34
10.2 Wann erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?	34
10.3 Welche Leistungen sind versichert?	35
10.4 Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen?	
Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?	37
10.5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	37
10.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?	37
10.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?	37
E. Besondere Bedingungen für den Unfallschutzbrief	
1 Was ist versichert?	38
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?	38
2.1 Voraussetzungen für die Leistung	38
2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung	38
2.3 Mitwirkung von Krankheiten	38
3 Welche Leistungen sind versichert?	38
3.1 Hilfsleistungen	38
3.2 Organisation von weiteren Hilfsleistungen	39
3.3 Pflegeleistungen	39
4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?	40
5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?	40
5.1 Voraussetzungen für die Leistung	40
5.2 Umfang der Leistung	40
5.3 Dauer der Leistung	40
6 Welche Personen sind nicht versicherbar?	40
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	40
8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?	41

A. Allgemeine Verbraucherinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Die nachstehende Information gibt in übersichtlicher und verständlicher Form einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags. Die dargestellten Informationen sind nicht abschließend. Die maßgeblichen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag, der Versicherungspolice, den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1 Angaben zum Versicherer und vertretungsberechtigte Personen

Der Versicherer ist die VPV Allgemeine Versicherungs-AG, nachfolgend VPV genannt.

Die VPV ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Stuttgart unter folgender Adresse:

VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart

Vorstand:

Klaus Brenner, Vorsitzender

Steffen Guttenbacher, Dietmar Stumböck

Die VPV ist im Handelsregister des Amtsgerichts Stuttgart unter der Handelsregister-Ziffer HRB 748244 eingetragen.

2 Hauptgeschäftstätigkeit

Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung.

Der Versicherer ist außerdem berechtigt, sich an anderen Versicherungsunternehmen zu beteiligen.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Die VPV unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn oder Postfach 1253, 53002 Bonn.

Informationen zur angebotenen Leistung

3 Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns gelten der Antrag, der Versicherungsschein, etwaige Nachträge des Versicherungsscheins, und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gegebenenfalls einschließlich der Besonderen Bedingungen und Klauseln. Die Versicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen und Klauseln finden Sie nachfolgend abgedruckt.

b) Die Angaben über Art, Umfang, und Fälligkeit unserer Leistungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Besonderen Bedingungen und Klauseln.

4 Angaben zur Versicherungsprämie

Die Versicherungsprämie enthält alle darauf zu entrichtenden Steuern sowie eventuelle Zuschläge auf Grund einer vereinbarten Zahlungsweise.

Höhe und Zahlungsweise der Prämie entnehmen Sie bitte ebenfalls dem von Ihnen ausgefüllten Antragsformular und dem Versicherungsschein.

5 Zusätzliche Gebühren und Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten, z. B. für die Antragsbearbeitung, Angebotserstellung oder für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln werden nicht erhoben. Vermittler sind nicht berechtigt, von Ihnen irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags zu erheben.

6 Einzelheiten zur Zahlung der Prämie

Die Prämien sind zum jeweiligen Fälligkeitstermin zu entrichten. Dieser ist in Ihrem Versicherungsschein enthalten. Die Prämien können monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich entrichtet werden. Zusätzlich besteht bei einigen Tarifen die Möglichkeit zur Zahlung eines Einmalbeitrags. Für die Prämienzahlung ist die bei Antragstellung vereinbarte Zahlungsweise maßgeblich. Entsprechend der getroffenen Vereinbarung wird die Prämie entweder durch Überweisung oder per SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen gezahlt. Näheres entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Vertragsabschluss, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Wenn Sie jedoch die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten und der Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft.

7 Gültigkeitsdauer des Angebots

Angebote sind für uns vier Wochen bindend, es sei denn durch eine gesetzliche Vorschrift ist eine Änderung notwendig oder ein zwischenzeitlich eingetretenes Ereignis (entsprechend der Antragsfragen) bedingt eine erneute Antragsprüfung.

Informationen zum Vertrag

8 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

Der Abschluss eines Versicherungsvertrags setzt zwei übereinstimmende Willenserklärungen voraus. Der Versicherungsvertrag kommt somit durch eine von Ihnen abgegebene Willenserklärung (beispielsweise in Form des ausgefüllten Versicherungsantrags) und durch die Übersendung des Versicherungsscheins wirksam zustande, sofern Sie Ihre Vertragserklärung nicht wirksam widerrufen (Einzelheiten zum Widerrufsrecht siehe unter Ziffer 9).

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Vertragsabschluss, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie (siehe Allgemeine Bedingungen).

Wurde eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt die VPV bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten vorläufigen Deckungszusage. Sofern Sie Ihre Vertragserklärung wirksam widerrufen haben, endet der Versicherungsschutz über die vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs bei der VPV.

9 Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

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

**VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart**

**Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten:
07 11/13 91-60 01**

**Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
info@vpv.de**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den in der Beitragsrechnung zum Versicherungsschein im Abschnitt „Zusätzliche Information zum Widerrufsrecht“ ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2**Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen**

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalten Form;
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

10 Angaben zur Laufzeit

Die Angaben zur Laufzeit Ihres Versicherungsvertrages entnehmen Sie bitte dem Antragsformular. Dort ist die von Ihnen gewünschte Vertragsdauer eingetragen. Sie ist auch im Versicherungsschein abgedruckt.

11 Vertragliche Kündigungsmöglichkeiten

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 Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von drei oder mehr Jahren kann der Vertrag zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr und bei Verträgen, die von vornherein einen festen Endtermin vorsehen, endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Im Übrigen besteht ein Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

- Für den Versicherer und den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall.
- Für den Versicherer bei Nichtzahlung der Folgeprämie.
- Für den Versicherungsnehmer bei Prämien erhöhungen.

Einzelheiten können Sie den nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Bedingungen entnehmen. Gesetzliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

12 Anzuwendendes Recht

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

13 Anzuwendende Sprache

Die Bedingungen, alle weiteren Vertragsbestimmungen und diese Verbraucherinformation werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags wird in deutscher Sprache geführt.

Informationen zu außergerichtlichen Rechtsbehelfen

14 Versicherungsombudsmann

Als Verbraucher haben Sie die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann zu wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Leipziger Str. 121, 10117 Berlin

Telefon: 0 800 / 3 69 60 00

Telefax: 0 800 / 3 69 90 00

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens, solange die geltend gemachten Ansprüche nicht verjährt sind. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig, entschieden oder geschlichtet worden sein.

Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns sechs Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 € trifft der Ombudsmann eine Entscheidung, an die wir gebunden sind. Ihnen steht dagegen weiterhin der Weg zum Gericht offen. Bei Beschwerden mit einem Wert von über 10.000 € spricht der Ombudsmann eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung aus. Ab einem Beschwerdewert von 100.000 € ist ein Verfahren vor dem Ombudsmann nicht mehr möglich.

Durch die Einlegung der Beschwerde bei dem Ombudsmann wird Ihr Recht auf Beschreiten eines Rechtswegs bei den ordentlichen Gerichten nicht berührt.

15 Beschwerden

Bei Beschwerden können Sie sich direkt an die Direktion der VPV Allgemeine Versicherungs-AG wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit der VPV über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die unter Ziffer 2 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

Neben den Rechtsbehelfen nach Ziffer 14 und 15 bleibt die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen unberührt.

B. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte der Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) bzw. den Besonderen Versicherungsbedingungen (BB).

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1. Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4. Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1. Erhöhte Kraftanstrengung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

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

Eigenbewegung (Aktiv-Spezial)

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung eine der in 1.4.1 beschriebenen Verletzungen zuzieht. Schädigungen der Bandscheibe oder des Meniskus werden von dieser Regelung nicht erfasst.

1.4.2. Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrichtbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3. Unfälle unter Wasser

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

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

1.4.4. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

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

1.4.5. Allergische Reaktionen

Versichert sind allergische Reaktionen auf Verletzungen der Haut oder Schleimhaut, z. B. auf Insektenstiche und Insektenbisse.

1.4.6. Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Versicherungsschutz besteht auch bei durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

1.5 Familien-Baustein

1.5.1 Rooming-In-Leistung

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalls in vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In), so leisten wir in Ergänzung zu Ziffer 2.5 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen gegen entsprechenden Nachweis für maximal 30 Übernachtungen je Unfallereignis einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes des Kindes.

1.5.2 Tod beider versicherter Eltern

Die Todesfall-Leistung gemäß Ziffer 2.6.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen wird wie folgt erweitert:

Versterben beide bei der VPV Allgemeine Versicherungs-AG unfallversicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses und hat mindestens ein Kind dieser Eltern das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die abgeschlossenen Versicherungssummen für den Tod der Eltern.

1.5.3 Familienvorsorge

1.5.3.1 Familienvorsorge bei Eheschließung

1.5.3.1.1 Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten und für Ihren Ehegatten bei uns keine Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für drei Monate ab der Heirat mit den für Sie vereinbarten, höchstens jedoch mit den nachfolgend aufgeführten Versicherungssummen, beitragsfrei mitversichert:

- Invalidität ohne Progression 25.000 €
- Tod 5.000 €
- Serviceleistungen 2.500 €

1.5.3.1.2 Melden Sie die Eheschließung innerhalb von 3 Monaten nach Ihrer Heirat bei der VPV Allgemeine Versicherungs-AG, so verlängert sich die beitragsfreie Mitversicherung um weitere 3 Monate.

1.5.3.1.3 Die Leistungen nach Ziffer 1.5.3.1 gelten entsprechend für eingetragene Lebenspartnerschaften.

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

1.5.3.2 Familienvorsorge bei Geburt

1.5.3.2.1 Ihre während der Wirksamkeit des Vertrages geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt für sechs Monate mit den von Ihnen vereinbarten, höchstens jedoch mit den nachfolgend aufgeführten Versicherungssummen beitragsfrei mitversichert:

- Invalidität ohne Progression 50.000 €
- Tod 5.000 €
- Serviceleistungen 2.500 €
- Krankenhaustagegeld 10 €

1.5.3.2.2 Melden Sie die Geburt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis bei der VPV Allgemeine Versicherungs-AG, so verlängert sich die beitragsfreie Mitversicherung um weitere 6 Monate.

1.5.3.2.3 Die Leistungen nach Ziffer 1.5.3.2 gelten entsprechend für adoptierte Kinder.

1.5.3.3 Die Leistungen der beitragsfreien Familienvorsorge werden pro beitragsfrei versichertem Kind oder Ehegatten nur einmal gezahlt. Dies gilt auch bei Bestehen mehrerer Verträge zugunsten eines Versicherungsnehmers oder der Eltern.

1.6 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit

- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und

- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und

- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und

- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,

- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

- | | |
|--|------|
| • Arm | 70 % |
| • Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| • Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 % |
| • Hand | 55 % |

• Daumen	20 %
• Zeigefinger	10 %
• anderer Finger	5 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
• Bein bis unterhalb des Knies	50 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
• Fuß	40 %
• große Zehe	5 %
• andere Zehe	2 %
• Auge	50 %
• Gehör auf einem Ohr	30 %
• Geruchssinn	10 %
• Geschmackssinn	5 %

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.3 Helm-Bonus

Wenn der versicherte Unfall

- beim Fahrradfahren (bei Kindern auch beim Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren) eingetreten ist und
- zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein Helm mit CE-Kennzeichnung getragen wurde, dann werden 20% des gemäß Ziffer 2.1.2.2.2 ermittelten Invaliditätsgrads für Kopfverletzungen zusätzlich zur Invaliditätsleistung als Helm-Bonus gezahlt (maximal 40.000 €).

Die Zahlung des Helm-Bonus erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass im Zeitpunkt des Unfalls noch keine Helmpflicht gesetzlich vorgeschrieben war.

Ggf. vereinbarte Progressionen werden nicht berücksichtigt.

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

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

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

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

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

2.3 gestrichen

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

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

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Das Krankenhaustagegeld wird auch für medizinisch notwendige, vollstationäre Rehamaßnahmen geleistet.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Rehamaßnahmen.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.

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

Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

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

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.3 Doppelte Todesfallsumme, max. 30.000 € zusätzlich, bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (ÖPNV-Spezial)

Wir zahlen die doppelte Todesfalleistung, höchstens jedoch zusätzlich 30.000 €, wenn die versicherte Person einen versicherten Unfall bei der Benutzung nachstehender öffentlicher Verkehrsmittel erleidet:

- Bus und Bahn im Fern- und Nahverkehr

Diese Regel findet Anwendung für die versicherte Person vom Besteigen bis zum Verlassen des öffentlichen Verkehrsmittels.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war)

oder

- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

oder

- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren

oder

- bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt- oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person

oder

- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

oder

- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz entstanden.

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

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

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

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

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

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele:

Die versicherte Person

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

Ausnahme:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

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

Versicherungsschutz besteht auch:

- bei Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente
Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht wurden.
Der Versicherungsschutz setzt voraus, dass die Medikamente der versicherten Person ärztlich verordnet worden sind.
Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Medikamentengebrauch selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert.
Für Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von nicht ärztlich verordneten Medikamenten verursacht wurden, besteht kein Versicherungsschutz.
- bei Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit
Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit verursacht wurden. In den folgenden Fällen gilt das aber nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt den jeweiligen Promillewert nicht übersteigt:
 - bei Lenkern von Kraftfahrzeugen 0,8 Promille,
 - bei Radfahrern 1,6 Promille.
- bei Unfällen durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder durch Zuckerschok infolge Diabetes im Rahmen von D 9.1 Top-Schutz (sofern vereinbart).

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

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.3.1 **Passives Kriegsrisiko**

In Abänderung zu Ziffer 5.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen erlischt der Versicherungsschutz am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

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

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2 **Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 **Gesundheitsschäden durch Strahlen**

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen sowie
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden

- im Zusammenhang mit Kernenergie (siehe B 5.1.6);
- infolge regelmäßigen Umgangs mit Geräten, die Strahlen erzeugen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.4 **Infektionen**

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

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

Versicherungsschutz besteht für Infektionen durch Zeckenstiche, wenn dadurch Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) oder Borreliose verursacht wird. Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die genannten Infektionskrankheiten. Der Versicherungsschutz gilt nur für die Invaliditätsleistung (Ziffer B 2.1) und die Todesfallleistung (Ziffer B 2.6).

Fristen in den Leistungsarten

Die Fristen in den Ziffern 2 und 9.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen oder in Besonderen Bedingungen beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vertragsabschluss (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede versicherte Leistungsart gesondert. Schließen Sie eine Leistungsart erst nachträglich in den Vertrag ein, beginnt die Wartezeit dafür erst mit dem Einschluss.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:
- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
 - *Angstzustände des Opfers einer Straftat*
- 5.2.7 **Bauch- oder Unterleibsbrüche.**
Ausnahme:
Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung im Rahmen von B.1.4.6.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnet sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibenden Versicherungssummen nach dem vereinbarten Tarif ein höherer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnet sich dagegen ein niedrigerer Beitrag, gilt dieser, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

- 7.2** Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 7.3** Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht.
- 7.4** Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
- Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
- 7.5** Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsomme (Ziffer 2.6) beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen. Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

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

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

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

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

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen**12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?****12.1 Fremdversicherung**

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht**

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn

für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

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

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

16.1.1 Versicherungsombudsmann

Als Verbraucher haben Sie die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann zu wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Leipziger Str. 121, 10117 Berlin

Telefon: 0 800 / 3 69 60 00

Telefax: 0 800 / 3 69 90 00

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens, solange die geltend gemachten Ansprüche nicht verjährt sind. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig, entschieden oder geschlichtet worden sein. Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns sechs Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 € trifft der Ombudsmann eine Entscheidung, an die wir gebunden sind.

Ihnen steht dagegen weiterhin der Weg zum Gericht offen.

Bei Beschwerden mit einem Wert von über 10.000 € spricht der Ombudsmann eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung aus. Ab einem Beschwerdewert von 100.000 € ist ein Verfahren vor dem Ombudsmann nicht mehr möglich.

Durch die Einlegung der Beschwerde bei dem Ombudsmann wird Ihr Recht auf Beschreiten eines Rechtswegs bei den ordentlichen Gerichten nicht berührt.

16.1.2 **Versicherungsaufsicht**

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

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

16.1.3 **Unser Beschwerdemanagement**

Bei Beschwerden können Sie sich jederzeit auch direkt an die Direktion der VPV Allgemeine Versicherungs-AG wenden. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart

info@vpv.de

16.2 **Zuständige Gerichte**

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

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

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

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

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

18 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 **Sanktionsklausel**

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

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

20 **Schlussbestimmung**

Sollte eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht. In einem solchen Fall gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

C. Zusatzbedingungen für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres

1 **Umstellung des Erwachsenen-Tarifs in einen Senioren-Tarif nach Vollendung des 65. Lebensjahres**

1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer B 10.4), in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Seniorentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit mit den bisherigen Versicherungssummen fort.

1.3 Gegebenenfalls versichertes Tagegeld entfällt.

2 **Vollendung des 70. Lebensjahres**

2.1 Nach Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Personen erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) eine Vertragsänderung.

Gegebenenfalls versichertes Gipsgeld und Dynamik entfallen.

Der Beitrag wird entsprechend des neuen Leistungsumfangs berechnet.

2.2 Mit der Hauptfälligkeit, die auf das vollendete 71. Lebensjahr folgt, und mit jeder weiteren darauf folgenden Hauptfälligkeit, werden die zugrundeliegenden Beitragssätze um jeweils 3 % angehoben und kaufmännisch gerundet. Basis der Anhebung sind die Beitragssätze, die in dem vorhergehenden Versicherungsjahr galten.

D. Besondere Bedingungen für die zusätzlich wählbaren Leistungen zur Allgemeinen Unfallversicherung

Gilt nur soweit vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt.

1 jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Dynamik)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1.1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Todesfalleistung
- Übergangsleistung
- Kosten für Kosmetische Operationen
- Tagegeld
- Krankenhaustagegeld

1.2 Anpassung der Versicherungssummen

1.2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 3% Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

1.2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfalleistung auf volle 500 Euro,
- für die Übergangsleistung sowie die Kosten für kosmetische Operationen auf volle 50 Euro,
- für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle 0,50 Euro.

1.2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

1.3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

1.4 Verfahren

1.4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

1.4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

2 Progression 350%

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1% aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3% aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
10	10
20	20
25	25
26	27
27	29
28	31
29	33
30	35
31	37
32	39

33	41
34	43
35	45
36	47
37	49
38	51
39	53
40	55
41	57
42	59
43	61
44	63
45	65
46	67
47	69
48	71
49	73
50	75
51	80
52	85
53	90
54	95
55	100
56	105
57	110
58	115
59	120
60	125
61	130
62	135
63	140
64	145
65	150
66	155
67	160
68	165
69	170
70	175
71	180
72	185
73	190
74	195
75	200
76	206
77	212
78	218
79	224
80	230
81	236
82	242
83	248
84	254
85	260
86	266
87	272
88	278
89	284
90	290
91	296
92	302
93	308
94	314
95	320
96	326
97	332
98	338
99	344
100	350

3 Progression 600%

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1% aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3% aus der Versicherungssumme.

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 11 % aus der Versicherungssumme.
- Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
10	10
20	20
25	25
26	27
27	29
28	31
29	33
30	35
31	37
32	39
33	41
34	43
35	45
36	47
37	49
38	51
39	53
40	55
41	57
42	59
43	61
44	63
45	65
46	67
47	69
48	71
49	73
50	75
51	80
52	85
53	90
54	95
55	100
56	105
57	110
58	115
59	120
60	125
61	130
62	135
63	140
64	145
65	150
66	155
67	160
68	165
69	170
70	175
71	180
72	185
73	190
74	195
75	200
76	216
77	232
78	248
79	264
80	280
81	296
82	312
83	328
84	344
85	360
86	376
87	392
88	408
89	424
90	440
91	456
92	472
93	488
94	504
95	520
96	536
97	552
98	568
99	584
100	600

4 Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2023 gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
• Hand	65 %
• Daumen	25 %
• Zeigefinger	15 %
• anderer Finger	10 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis unterhalb des Knies	60 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
• Fuß	50 %
• große Zehe	10 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	60 %
• Gehör auf einem Ohr	50 %
• Geruchssinn	15 %
• Geschmackssinn	10 %
• Sprechfähigkeit	100 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8% (= ein Zehntel von 80%). Sind mehrere Finger durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet, maximal jedoch der Handwert berücksichtigt.

Die verbesserte Gliedertaxe gilt nur für die Invaliditätsleistung (B 2.1).

Bei der Leistungsart Unfallrente (B 2.2) wird die in Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) angeführte Gliedertaxe herangezogen.

5 Selbstbeteiligung (Integralfranchise)

Führt ein Unfall nach der Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) unter Berücksichtigung der Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 25 %, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

6 Übergangsleistung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die zusätzlich zu Ziffer 2 AUB 2023 eine Übergangsleistung vorsieht. Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gilt:

6.1 Voraussetzungen für die Leistung**6.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt**

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

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

6.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

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

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

6.2 Verbesserte Übergangsleistung

In Ergänzung zu Ziffer 6 der Besondere Bedingungen für die zusätzlich wählbaren Leistungen zur Allgemeinen Unfallversicherung werden 25 % der vereinbarten Versicherungssumme bereits 3 Monate nach dem Unfall gezahlt und 75 % nach 6 Monaten, sofern die Voraussetzungen nach Ziffer D.6.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) erfüllt werden.

6.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

7 Sofortleistung

7.1 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Sie erhalten eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 5 % der Grundversicherungssumme für den Invaliditätsfall, höchstens jedoch 10.000 Euro, wenn anlässlich eines unter die Versicherung fallenden Unfalles folgende schwere Verletzungen eingetreten sind:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
oder
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
oder
- Schädel-Hirn-Verletzung mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion 2. oder 3. Grades) oder Hirnblutung
oder
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
oder
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20
oder
- Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
oder
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
oder
 - Kombinationen aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalles nur einmal erbracht, auch wenn die versicherte Person bei der VPV Allgemeine Versicherungs-AG über mehrere Verträge versichert ist, sie wird nicht auf die evtl. Invaliditätsleistung angerechnet.

Zur Geltendmachung der Sofortleistung ist spätestens zwei Monate nach Eintritt des Unfalles ein ärztliches Attest einzureichen, aus dem die erlittenen Verletzungen hervorgehen. Das Attest ist auch dann erforderlich, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.

Der Anspruch auf die Sofortleistung entfällt, wenn das Attest nicht innerhalb der vorgenannten Frist bei uns eingegangen ist oder die versicherte Person innerhalb von vier Wochen, vom Unfalltag an gerechnet, stirbt.

8 Gipsgeld (Sofortleistung bei Knochenbrüchen)

8.1 Für folgende Verletzungen zahlen wir eine Sofortleistung:

- Bei einer Knochenfraktur. Dazu zählt auch ein Knocheneinriss (Haarriss des Knochens).
- Bei einem Oberschenkelhalsbruch.

8.2 Voraussetzungen für die Leistung

- Die Knochenfraktur ist durch einen Unfall, der unter diesen Vertrag fällt, entstanden. Bei einem Oberschenkelhalsbruch ist das jedoch nicht erforderlich.

- Die versicherte Person war wegen dieser Verletzung in medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Für Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. in Kuranstalten oder Erholungsheimen) besteht kein Anspruch auf Sofortzahlung. Wir leisten aber, soweit die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- Die versicherte Person hat die Verletzung unverzüglich ärztlich feststellen lassen.
- Die versicherte Person hat die Sofortzahlung bei uns innerhalb von drei Monaten nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht.

8.3 Art und Höhe der Leistung

- Wir zahlen die Sofortleistung bei Knochenbrüchen in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- Bei einem Oberschenkelhalsbruch rechnen wir Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)) nicht an.
- Wir zahlen die Sofortleistung einmal je versichertem Ereignis. Das gilt auch:
 - bei mehreren vollstationären Behandlungen
 - bei mehreren ambulanten Behandlungen
 - bei mehreren Frakturen

9 Top-Schutz

Der Top-Schutz umfasst folgende zusätzliche Leistungen:

9.1 Unfälle durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder Zuckerschock

Versichert sind Unfälle, die durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder einen Zuckerschock infolge Diabetes verursacht wurden.

Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder durch Zuckerschock infolge Diabetes selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert.

9.2 Mitwirkung

In Abänderung zu Ziffer 3.2.2. der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023), nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt.

9.3 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Ziffer 2.1.1. der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und ist innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

9.4 Nahrungsmittelvergiftungen

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.5 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) besteht Versicherungsschutz für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen.

Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen.

9.5 Serviceleistungen

(Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze)

9.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war)

oder

- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

oder

- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren

oder

- bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt- oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person

oder

- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

oder

- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz entstanden.

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

9.5.2 **Art und Höhe der Leistung**

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

9.6 **Infektionsklausel**

9.6.1 **Erweiterter Versicherungsumfang**

Versichert ist eine erstmalige Infektion (z. B. durch einen Insektenstich oder Zeckenbiss), wenn dadurch eine der folgenden Krankheiten ausgebrochen ist:

Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus, Paratyphus, Windpocken.

Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die genannten Infektionskrankheiten, soweit die Schutzimpfungen gesetzlich vorgeschrieben, von einer zuständigen Behörde angeordnet oder empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen wurden.

Außerdem sind Wundinfektionen und Blutvergiftungen versichert, die Folge eines Unfalls sind.

9.6.2 Als Unfalltag gilt der Tag, an dem die Infektion erstmals ärztlich diagnostiziert wurde. Hat sich die versicherte Person die Infektion bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes zugezogen, besteht kein Versicherungsschutz.

9.6.3 Der Versicherungsschutz gilt nur für die Invaliditätsleistung (Ziffer B 2.1) und die Todesfallleistung (Ziffer B 2.6).

9.6.4 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, besteht der Versicherungsschutz nur für Reisen von höchstens 42 Tagen.

9.6.5 **Wartezeit**

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vertragschluss (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede versicherte Leistungsart gesondert. Schließen Sie eine Leistungsart erst nachträglich in den Vertrag ein, beginnt die Wartezeit dafür erst mit dem Einschluss.

9.6.6 Sie müssen uns unverzüglich benachrichtigen, sobald ein Arzt die Infektion festgestellt hat.

9.6.7 Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Erreger einer Krankheit nach 9.6.1 durch einen Terrorakt verbreitet wurde.

9.6.8 Für andere als die in 9.6.1 beschriebenen Infektionen gilt die Regelung in B 5.2.4.

10 **Rehabilitationsleistungen**

10.1 **Was ist versichert?**

10.1.1 Nach einem Unfall erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

10.1.2 Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

10.2 **Wann erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?**

10.2.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

10.2.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten (Ziffern 1.3 und 1.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)).

10.2.1.2 Dieser Unfall hat

- aus medizinischen Gründen zu einer vollstationären Heilbehandlung von mindestens 10 Tagen oder
- zu einer schweren Unfallverletzung (Erläuterung Ziffer 10.2.1.3) geführt.

10.2.1.3 Erläuterung: Schwere Unfallverletzung in Anlehnung an das Verletzungsartenverzeichnis

- Ausgedehnte oder tief gehende Weichteilverletzungen (offen oder geschlossen), Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome

- Verletzungen der großen Gefäße
- Verletzungen der großen Nerven oder Nervengeflechte
- Offene oder gedeckte Schädel-Hirn-Verletzungen, ausgenommen Commotio (Schädel-Hirn-Trauma I)
- Brustkorbverletzungen mit Organbeteiligungen
- Stumpfe oder offene Bauchverletzungen
- Verletzungen der Nieren oder Harnwege
- Verletzungen der Wirbelsäule mit neurologischer Symptomatik
- Offene Verletzungen großer Gelenke
- Operationsbedürftige Verrenkungen der Gelenke
- Gelenkbinnenverletzungen, mit Stabilitätsverlust verbundene Bandverletzungen mit Ausnahme der isolierten Bandverletzungen des oberen Sprunggelenkes
- Durchtrennende Verletzungen von Sehnen, ausgenommen Strecksehnenverletzungen der Finger und Zehen
- Ausgedehnte und tief gehende Verbrennungen oder Verätzungen, Inhalationstraumen
- Folgende Verletzungen der Hand
 - Amputationsverletzungen (ausgenommen Fingerendgliedknochen)
 - Brüche mehrerer Finger
 - Stark verschobene Frakturen oder Luxationen von Mittelhandknochen, Bennetsche Fraktur am 1. Mittelhandknochen in jeder Form, stark verschobene Langfingergrundgliedfrakturen oder solche mit Grundgelenksbeteiligung
 - Kahnbeinbrüche und perilunäre Luxationen
 - Verletzungen von mehreren Fingernerven
 - Verletzungen mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen
 - Beugesehnenverletzungen
 - Verbrennungen der Hand mit drohender Funktionsstörung
- Folgende Knochenbrüche
 - Offene oder geschlossene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädel
 - Brüche mehrerer Röhrenknochen oder mehrfache Brüche eines Röhrenknochens
 - Wirbelbrüche, ausgenommen Dorn- und Querfortsatzbrüche
 - Verletzungen offener Wachstumsfugen
 - Offene Brüche des Ober- oder Unterarms
 - Geschlossene Brüche des Ober- oder Unterarms mit starker Verschiebung oder Splittung oder Splitterung oder Gelenkbeteiligung
 - Beckenbrüche, ausgenommen Beckenschaukelbrüche und unverschobene Scham- und Sitzbeinbrüche
 - Brüche des Oberschenkels
 - Stückbrüche der Kniescheibe oder Brüche des Schienbeines mit Verschiebung
 - Brüche des Unterschenkels oder Brüche des Schienbeines (mit Verschiebung) sowie mit offenen oder geschlossenen Weichteilschäden
 - Brüche der Knöchelgabel mit Verschiebung
 - Brüche des Sprungbeines oder verschobene Brüche des Fersenbeines und der Fußwurzel
 - Stark verschobene Brüche eines Mittelfußknochens oder Brüche mehrerer Mittelfußknochen, ausgenommen die isolierte Basisfraktur am 5. Mittelknochen
 - Verletzungen oder Verletzungsfolgen mit tief gehenden, ausgedehnten oder fortschreitenden Entzündungen
 - Fehlender Heilungsfortschritt oder Komplikationen bei nicht im Verzeichnis enthaltenen Verletzungen
- behandlungs- oder korrekturbedürftige Unfallfolgezustände.

10.2.2 **Mitwirkung von Krankheiten**

Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

10.3 **Welche Leistungen sind versichert?**

10.3.1 **Bedarfsermittlung und Reha-Management**

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management.

Dies beinhaltet

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

10.3.2 **Medizinische Rehabilitation und Therapie**

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen und -maßnahmen sowie Therapien.

Das können zum Beispiel sein:

- ärztliche Zweitmeinung
 - qualifizierte Leistungserbringer (z.B. spezialisierte Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen)
 - spezielle Therapien und Maßnahmen (z.B. psychologische Betreuung, Osteopathie)
- Beispiel: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik gebracht.*

Auf Wunsch der versicherten Person

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

10.3.3 **Beruf, Ausbildung und Schule**

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis, die Schulausbildung oder die berufliche Neuorientierung.

Das können zum Beispiel sein:

- stufenweise Wiedereingliederung,
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes,
- Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

10.3.4 **Hilfsmittel**

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.

Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen,
- Rollstühle,
- Gehhilfen.

10.3.5 **Wohnen und Mobilität**

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation und zum Erhalt der Mobilität.

Das können zum Beispiel sein:

- Barrierefreies Wohnkonzept
- Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung
- Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen.

10.3.6 **Sonstige Leistungen**

10.3.6.1 Mit unserer Medical Helpline informieren wir über Möglichkeiten medizinischer Versorgung nach Unfällen im In- und Ausland und benennen deutsch sprechende Ärzte.

10.3.6.2 Wir organisieren den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person, wenn die versicherte Person im Krankenhaus behandelt werden muss.

10.3.6.3 Für das versicherte Kind organisieren wir bei Unfall der Eltern ein Kindermädchen oder eine Haushaltshilfe. Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am normalen Schulunterricht teilnehmen, kümmern wir uns um einen Lehrer für Privatunterricht.

10.3.6.4 Wir benennen geeignete Fachärzte im In- und Ausland sowie Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen und geben über die jeweiligen technischen Ausstattungen Auskunft. Auf Wunsch halten wir mit den behandelnden Ärzten Kontakt und informieren die versicherte Person über den Stand der Behandlung. Zudem organisieren und koordinieren wir die medizinische Rehabilitation.

10.3.6.5 Nach einem schweren Unfall der versicherten Person oder dem unfallbedingten Tod einer mitversicherten Person vermitteln wir im In- und Ausland psychotraumatologische Hilfe am Telefon oder ein persönliches Gespräch im Krankenhaus bzw. zu Hause mit einem erfahrenen Psychologen.

10.3.6.6 Weiterhin geben wir eine persönliche Pflegeberatung zur Organisation der häuslichen oder stationären Pflege einschließlich Hilfsmittelberatung, wenn infolge des Unfalls Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder eine Pflegebedürftigkeit droht.

10.4 Wie lange und in welcher Höhe erhalten Sie unsere Leistungen?

Wie wirken sich Zahlungen anderer Leistungsträger aus?

10.4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 10.3 erbringen wir längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

10.4.2 Kostenübernahme

Für die Leistungen nach Ziffer 10.3.1 bis 10.3.5 gilt Folgendes:

Wir übernehmen die Kosten für die in 10.3. aufgeführten Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsdienstleistungen.

Die Kosten für die Reha-Maßnahmen selbst übernehmen wir nicht.

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

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gelten folgende Obliegenheiten:

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

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

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

10.5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gilt entsprechend.

10.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

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

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

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

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

E. Besondere Bedingungen für den Unfallschutzbrief

1 Was ist versichert?

- 1.1** Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
- 1.2** Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

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

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch den Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 oder 1.4 AUB 2023 in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten.

3.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit

- täglich einer Hauptmahlzeit oder
 - einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (als Tiefkühlkost)
- aus dem Angebot des Dienstleisters.

Sie kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen (auch als Diät- oder Schonkost).

3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person zweimal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 5 Stunden begrenzt. Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Hierzu zählen: Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Schuhpflege.

3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

3.1.7 Fahrdienste (berufliche Gründe)

Wir organisieren für die versicherte Person bis zu zweimal pro Woche Fahrdienste aus beruflichen Gründen.

3.1.8 **Pflegeschulung für Angehörige**

Erfolgt die Pflege durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegeaktivitäten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

3.1.9 **Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation**

Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation wird für die Beaufsichtigung der versicherten Person längstens für 48 Stunden gesorgt.

3.1.10 **Familienassistance**

Führt ein Unfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder (leibliche und/oder Pflegekinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erhält die Familie für bis zu vier Wochen eine Familienbetreuung.

Die Leistung umfasst die Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur bis Grundschule), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

Diese Leistungen werden bis zu acht Stunden täglich bis zu vier Wochen erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

3.2 **Organisation von weiteren Hilfsleistungen**

Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:

3.2.1 **Hausmeisterdienste**

Der versicherten Person wird einmalig ein Hausmeisterservice zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. für Gartenpflege oder Winterdienste) vermittelt.

3.2.2 **Mobiler Service für Nagel-/Fußpflege oder Friseur**

Der versicherten Person wird einmal pro Monat ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar.

3.2.3 **Tierbetreuung**

Für gewöhnliche Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Vögel usw.) vermitteln wir eine passende Tierbetreuung.

3.3 **Pflegeleistungen**

Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

3.3.1 **Pflegeberatung, Feststellung des Umfangs der Pflegeleistungen und Pflegeschulung**

Vor Aufnahme der Grundpflege (Ziffer 3.3.2 dieser Besonderen Bedingungen) findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt. In diesem Gespräch wird

- der Umfang der nötigen Pflegeleistungen festgestellt,
 - die Pflegeleistung geplant,
 - geprüft, welche Pflegehilfsmittel erforderlich sind,
 - über mögliche Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung informiert und beraten.
- Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.3.2 **Grundpflege**

Die versicherte Person erhält maximal für die Dauer von 4 Wochen täglich bis zu 3 Stunden eine Grundpflege.

Zur Grundpflege gehören:

- Körperpflege
 - An- und Auskleiden
 - Lagern und Betten
 - Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.
-

- 4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?**
- 4.1** Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Tag des Unfalls.
- 4.2** Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:
- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 3 und 4.1.
 - Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.
- 5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?**
- 5.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.
 - Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
 - Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.
- 5.2 Umfang der Leistung**
- Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.
- 5.3 Dauer der Leistung**
- 5.3.1** Solange die Voraussetzungen der Ziffer 5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.
- 5.3.2** Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu einem Monat.
Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 5.3.4.
- 5.3.3** Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen nach der Anerkennung.
Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.
- 5.3.4** Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 6.1** Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
Dies gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in den Pflegegrad 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflege-Versicherung) eingestuft sind.
- 6.2** Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 6.1. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.
- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gelten folgende Obliegenheiten:
- 7.1** Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.
Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.
Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.
-

- 7.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.
- 7.3 Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.
- 7.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) gilt entsprechend.

8 **Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?**

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

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